







ZEITSCHRIFT

für

MEDIZINAL-BEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen,
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund
Reg.- u. Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamten-Vereins.

XXV. Jahrgang. 1912.



Berlin W. 35.
FISCHER'S MEDIZIN. BUCHHANDLUNG
H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. K. Kammer-Buchhändler.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Inhalt.

I. Original-Mitteilungen.

A. Gerichtliche Medizin, gerichtliche Psychiatrie und Sachverständigen-Tätigkeit.

B. Hygiene und öffentliches Sanitätswesen.

II. Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften u. s. w.[1])

A. Gerichtliche Medizin.

[1]) Die Namen der Referenten sind in Klammern beigefügt.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

C. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

1. Gutachten und Referate.

---

8. Entscheidungen in Unfall- und Invaliditätssachen.[1])

---

[1]) Wo kein besonderer Vermerk gemacht ist, sind die nachstehenden Entscheidungen solche des Reichsversicherungsamts.

D. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Gesundheitswesen.[1]

1. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskankheiten.

a. Bakteriologie u. Infektionskrankheiten im allgemeinen.

b. Cholera.

[1]) Die Namen der Referenten sind in Klammern beigefügt.



Seite.

x. Sonstige Krankheiten.

y. Desinfektion.

2. Wohnungshygiene, Heizung, Lüftung.

3. Bekämpfung der Rauch-, Staub-, Fliegen-, Mückenplage. Strassenhygiene.

4. Wasserversorgung.

5. Beseitigung der Abfallstoffe, Abwässer
(Müllbeseitigung, Kanalisation, Reinhaltung der Flüsse).

6. Hygiene der Nahrungs- und Genussmittel.

9. Schulhygiene.

10. Jugendwohlfahrt. Jugendspiele und Leibesübungen. Fürsorgeerziehung.

Seite.

14. Körperpflege, Badewesen, Kurorte, Heilquellen.

15. Gesundheitswesen, soziale Hygiene. Statistik. Medizinalverwaltung.

16. Aerzte.

17. Apothekenwesen.

18. Hebammenwesen.

19. Kurpfuscherei.

III. Besprechungen.[1]

[1]) Die Namen der Referenten sind in Klammern beigefügt.

Tagesnachrichten.

Verschiedenes.

Sach-Register.

Namen-Verzeichnis.

25. Jahrgang; Nr. 1. Ausgegeben am 5. Januar 1912

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:
Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch
J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 1
und Beilage: Berichte aus Versammlungen. I.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheime Medizinalrat: den Reg.- u. Med.-Räten Dr. Dütschke in Stettin, Dr. Rockwitz in Cassel und Dr. Müller-Herrigs in Colmar sowie den Professoren Dr. M. Nußbaum in Bonn und Dr. Schwalbe in Straßburg i. Els.; — das Prädikat als Professor: den Privatdozenten Dr. Bittorf und Dr. Coenen in Breslau, Dr. Max Draudt, Dr. Rudolf Haecker, Dr. Ehrhardt und Dr. Isfr. Hofbauer in Königsberg i. Pr., Dr. Karl Grube und Dr. Arthur Hübner in Bonn, Dr. Martin Kochmann in Greifswald und Dr. Werner Rosenthal in Göttingen, den San.-Räten Dr. Hackenbruch in Wiesbaden, Dr. Max Joseph in Berlin, Dr. Pernice in Frankfurt a. O. und Dr. Thorn in Magdeburg, dem leitenden Arzt an der Brandenburg. Krüppel-Heil- u. Pflegeanstalt Dr. Konr. Biesalski, dem Spezialarzt für Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankheiten Dr. Herzfeld, dem Assistenten am anatomischen Institut Dr. Ferd. Hein und dem Assistenten am pathologischen Institut Dr. Wohlgemuth in Berlin sowie dem Oberarzt am Großen Friedrichs-Waisenhause der Stadt Berlin in Rummelsburg Dr. Müller in Berlin; — der Rote Adlerorden IV. Kl.: dem Hon.-Prof. Geh. Med.-Rat Dr. Goldscheider in Berlin.

Ernannt: Geh. Med.-Rat Dr. Finger, vortragender Rat in der Med.-Abteilung des Ministeriums des Innern, zum ordentlichen Mitgliede des Landesveterinäramtes, Kreisassistenzart Dr. Arlart aus Gumbinnen zum Kreisarzt des Kreisarztbezirkes Kreis Stolzenau mit dem Amtssitz in Stolzenau, der Stadtassistenzarzt Dr. Rühs aus Barmen zum Kreisarzt des Kreisarztbezirkes Kreis Goldap mit dem Amtssitz in Goldap.

Das Befähigungszeugnis zur Verwaltung einer Kreisarztstelle haben im Jahre 1911 erhalten: Dr. P. Stubbe in Neustettin, Dr. Moebius in Kirchhain N. L., Dr. Leo Nieszytka in Bladiau, Dr. B. Kerckhoff in Haren (Ems), Dr. R. Wackers in Cöln, Dr. Ad. Lorenz in Berlin, Prof. Dr. H. Conradi in Frankfurt a. M., Dr. A. Weise in Sangerhausen, Dr. Alex. Brutzer in Altona, Dr. K. Ollendorff in Schöneberg bei Berlin, Dr. E. Meinicke in Hagen i. W., Dr. Fr. Hurck in Berlin, Dr. H. Gust in Reppen, Dr. Hans Berendes in Buch, Dr. W. Kloninger in Berlin, Dr. E. Mangelsdorf in Cöln, Dr. Walter David in Nauen, Dr. Herm. Corvey in Lemgo, Dr. Oskar Ahlswede in Hamburg, Dr. Ernst Fast in Praust, Dr. Max Abesser in Greiswald, Dr. Felix Dyrenfurth in Berlin, Dr. Wilh. Theopold in Duisburg-Meiderich, Dr. Herm. Goos in Bremen, Dr. Franz Klaholt in Königsberg i. Pr.

Gestorben: Dr. Bernert in Stralsund, San.-Rat Dr. Momberger in Rödelheim bei Frankfurt a. M., Dr. Kahlenborn in Birkesdorf (Reg.-Bez.

Aachen), Dr. Schroeder in Malmedy, Kreisarzt Med.-Rat Dr. Brüggemann in Bromberg, Generalarzt a. D. Dr. Reger in Potsdam, San.-Arzt Dr. Ebeling in Badbergen, San.-Rat Dr. Thoma, Kreiswundarzt a. D. in Aachen.

Königreich Bayern.

Ernannt: Die praktischen Aerzte Dr. Schäfer in Neustadt a. H. zum Mitglied des Kreismedizinalausschusses für die Pfalz, Dr. Alois Geiger in Hemau zum Bezirksarzt in Eschenbach, Dr. Ignaz Zeitlmann in München zum Bezirksarzt in Stadtsteinach und Dr. Josef Buck in Freising zum Bezirksarzt in Forchheim. — **Versetzt:** Die Bezirksärzte Dr. Maar in Hammelburg nach Bad Kissingen, Dr. E. Graßl in Lindau nach Kempten. — **Ausgeschieden** als Mitglied des Kreismedizinalausschusses der Pfalz: Hofrat Dr. Pauli in Landau. — **Gestorben:** Geh.-Rat Prof. Dr. v. Winkel in München, Dr. Reinhold in Eltmann (Unterfranken), Dr. Menrig in Aidhausen, Bezirksarzt Dr. Reichert in Wertingen und Med.-Rat Dr. Burkhardt, Landgerichtsarzt a. D. in Ansbach.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Olgaorden: dem Med.-Rat Dr. Krauß, Oberamtsarzt in Kirchheim a. T.; — das Dienstehrenzeichen I. Kasse: dem Oberamtsarzt z. D. Dr. Beck in Stuttgart.

Gestorben: Dr. Gustav Baumann in Hemmingen.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel Ober-Medizinalrat dem Prof. Dr. Tjaden, Geschäftsführer des Gesundheitsamts in Bremen; — das Ritterkreuz I. Kl. mit der Krone des Königl. Sächsischen Albrechtsordens: Demselben.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Offizier-Ehrenkreuzes des Fürstlich Schaumburg-Lippischen Hausordens: dem Geh. Med.-Rat Dr. Scheube in Greiz.

Eledigte Stellen.

Königreich Preussen. Meldefrist: 15. Januar 1912.

Die Stelle des Kreisassistenzartes und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamte in **Gumbinnen** (Remuneration 2000 M. jährlich).

Königreich Bayern.

Die Bezirksarztstellen in **Hammelburg, Lindau** und **Wertingen.**

25. Jahrg. Zeitschrift 1912.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Nr. 1. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. Jan.

Beamteter Arzt und Feuerbestattungs-Gesetz.

Von Dr. **Berg**, Gerichtsarzt in Düsseldorf.

Die unter dem 29. September 1911 erlassene Anweisung zur Ausführung des preußischen Gesetzes betreffend die Feuerbestattung erweitert die Tätigkeit des Kreisarztes in seiner Eigenschaft als Gerichtsarzt. Nicht als ob es sich um eine forensische Angelegenheit handle, sondern weil mit der ihm aufgegebenen Leichenschau gewissermaßen ein gerichtlicher oder vielmehr ein kriminalpolizeilicher Zweck verfolgt wird. Darum heißt es auch im § 2 der Vorschriften in Anlage 2 zu der genannten Anweisung: „Als beamteter Arzt im Sinne des Gesetzes gilt dort, wo ein besonderer Gerichtsarzt angestellt ist, dieser, sonst der als Gerichtsarzt tätige Kreisarzt.“ Für den Ausnahmefall, daß der zuständige Kreisarzt zugleich der behandelnde Arzt gewesen ist, würde der Nachbarkreisarzt die Leichenschau vorzunehmen haben.

Also über die Zuständigkeit desjenigen beamteten Arztes, der die Leichenschau bei einem künftig in Preußen einzuäschernden Toten auszuüben hat, besteht kein Zweifel. Eine Unklarheit ist in die Sache erst hineingekommen durch den Min.-Erl. vom 29. September 1911, der die Ueberführung der Verbrennungsleichen über die preußische Grenze regeln will. Dieser Erlaß erwies sich notwendig, nachdem für die künftigen

Einäscherungen in Preußen eine kaum zu überbietende Fülle von Vorsichtsmaßregeln vorgeschrieben war. Es mußte nun natürlich dafür gesorgt werden, daß Einäscherungsfreunde den preußischen Schwierigkeiten nicht etwa aus dem Wege gehen und ihre Angehörigen in den anliegenden Bundesstaaten, in denen weniger strenge Vorschriften gegeben sind, verbrennen lassen könnten. Sinngemäß fordert also dieser Erlaß die gleiche eingehende Leichenschau und demgemäß eine Ergänzung der kreisärztlichen Bescheinigung zum Leichentransport, um den Verdacht eines unnatürlichen Tedes auszuschließen.

Für die gewöhnlichen Leichentransport-Atteste ist der Kreisarzt zuständig. Nun wird in dem Erlaß von der Bescheinigung des „beamteten Arztes" gesprochen, die nicht nur die gesundheitlichen Bedenken ausräumen, sondern auch bestätigen soll, daß bei der von ihm bewirkten Leichenschau sich kein krimineller Verdacht ergeben hat. Dieser Erlaß hat, da er immer nur von einem Amtsarzt und einer Bescheinigung spricht, offenbar nur den Regelfall im Auge, daß der beamtete Arzt Kreis- und Gerichtsarzt in einer Person ist, was ja auch bis auf die wenigen Kreise mit besonderem Gerichtsarzt zutrifft. Da dieser letztere Ausnahmefall nicht ausdrücklich erwähnt ist, so konnte man sich auf den Standpunkt stellen, den der Herausgeber dieser Zeitschrift auf Anfrage im Sprechsaal s. Z. vertreten hat. Ich habe aber schon damals übereinstimmend mit dem hiesigen Kreisarzt die Ansicht gehabt, daß dem Gerichtsarzt die Leichenschau und die Bescheinigung darüber in allen Transportfällen nach dem Ausland obliegt, und daß der Kreisarzt unbekümmert darum geradeso wie früher sein sanitätspolizeiliches Gutachten abgibt, daß also 2 selbständige von einander unabhängige Atteste in solchen Transportfällen nötig sind.

An dieser Auffassung bin ich auch nicht irre geworden durch den neuesten Erlaß vom 24. Oktober 1911. Im Absatz 2 dieses Erlasses beantwortet der Minister die Frage, wer in solchen Orten, in denen neben dem Kreisarzt auch ein Gerichtsarzt tätig ist, zur Ausstellung der amtsärztlichen Bescheinigung über die Todesursache (§ 7 Absatz 3 Ziffer 2) berufen sei, dahin, daß dem Gerichtsarzt die Ausfertigung der Bescheinigung obliegt. Meine Ansicht ist aber nur richtig, wenn man unter dem Ausdruck des Erlasses „Bescheinigung" eben nur den Begriff des § 7 Abs. 3 Ziff. 2 versteht. Ich muß aber die Möglichkeit zugeben, daß hiermit die ganze Attestierung sowohl der Todesursache, wie der gesundheitlichen Unbedenklichkeis gemeint sein soll. Als Grund für diese weitere Auffassung läßt sich auch beibringen, daß der Erlaß vom 29. September 1911 ein einheitliches Attest fordert; desgleichen kann der Schlußsatz des neuesten Erlasses, der von den neu zu regelnden Befugnissen der Chefärzte auf diesem Gebiet spricht, in diesem Sinn ausgelegt werden. Der Herausgeber hat mir brieflich mitgeteilt, daß er den

Erlaß so auffaßt und entgegen seiner früheren, vor dem Erlaß vertretenen Anschauung jetzt nur eine Bescheinigung für zulässig erachtet; nimmt also ein besonderer Gerichtsarzt die Leichenschau vor, so hat er sich auch über die sanitätspolizeiliche Frage zu äußern.

Der neueste Erlaß vom 24. Oktober 1911 bestimmt übrigens noch einmal, was schon aus dem vorgängigen Erlaß vom 29. September unzweifelhaft hervorging, daß die Leichenschau für alle Leichentransporte über die preußische Grenze gefordert wird, gleichgültig, ob eine solche Beförderung behufs Einäscherung oder Beerdigung stattfindet. Diese Verallgemeinerung war wohl aus polizeilichen Gründen notwendig; daß sie für die preußischen Grenzkreise eine Härte bedeutet, liegt auf der Hand. Sonderbestimmungen sind daher mit Sicherheit zu erwarten; der vorher erwähnte Schlußsatz des Erlasses deutet schon darauf hin.

Vor der Hand haben wir nur mit außerpreußischen Feuerbestattungen zu rechnen. Die Anlage in Hagen ist zwar fertig, aber die Aufsichtsbehörde hat den Betrieb noch nicht gestattet, weil die baulichen Einrichtungen den gesetzlichen Bestimmungen noch nicht ganz entsprechen. Indessen lange wird es nicht mehr dauern, dann werden sich die Anstalten mehren und ihre Freunde die ihnen gesetzlich aufgebürdeten Schwierigkeiten überwinden lernen.

Zu solchen Schwierigkeiten gehört u. a. die vorschriftsmäßige Einsargung. Auch hierbei kann sich der Medizinalbeamte betätigen, wenn er nicht rechtzeitig auf die Bestellung eines amtlichen Leichenbeschauers hinwirkt. Zuständig für die Beaufsichtigung der Einsargung, oder im Deutsch der Anweisung „für die Kontrolle hinsichtlich der Beschaffenheit und des Inhalts der Särge“ ist nach Ziffer 4 entweder der beamtete Arzt oder ein amtlich bestellter Leichenbeschauer. Dann aber heißt es wieder in Kleindruck unter der Anlage 1, dem abgedruckten Formular über die Einsargung: „Diese Bescheinigung kann auch von einem Arzte ausgestellt werden.“ Es scheint, als ob hierdurch nachträglich der Kreis der zur Bescheinigung Berechtigten auf alle Aerzte, also auch auf den behandelnden Arzt, ausgedehnt ist, ohne daß eine amtliche Bestellung dazu erforderlich wäre. Die Einbeziehung aller Aerzte ist von großem Vorteil für die Fälle, die weit ab vom Wohnort des Kreisarztes vorkommen, weil alsdann eine zweimalige Dienstreise vermieden wird; denn beide Bescheinigungen auf Grund eines einzigen Besuches auszustellen, wird nur ausnahmsweise möglich sein, weil die Leichenschau möglichst bald nach dem Tode unternommen werden soll, während die Einsargung für gewöhnlich erst nach Tagen geschehen kann. Jedenfalls wird sich der beamtete Arzt, wenn die Bescheinigung über die vorschriftsmäßige Einsargung von ihm verlangt wird, dieser Aufgabe nicht entziehen können, so wenig genehm ihm diese Polizeidiener-Arbeit auch sein mag. Er vergesse nicht, sich mit Siegelzange

und Blei für das erforderliche, den Sarg verschließende Bleisiegel(Plombe) auszurüsten. Die Verwendung von Blei als Verschlußsiegel ist unbedenklich. Die Anweisung verbietet freilich in II, 4 die Verwendung von Eisen und Bronze bei Herstellung und Verschluß der Särge; diese dürfen nicht einmal angestrichen oder lackiert sein, um die Verwendung von Metallsalzen zu verhindern. Der Schluß liegt nahe, daß alle fremden Metalle von den Aschenresten ferngehalten werden sollen. Aber Blei ist bei hoher Temperatur flüchtig, so daß sicherlich bei der ungeheuren Hitze des Verbrennungsraums von der Bleiplombe keine Spur bei der Leichanasche bleibt. Das Anbringen dieser Plombe geschieht am einfachsten, wenn sich sonst keine bequemere Stelle findet, durch kreuzweis um den Sarg oder Zinkkasten umschnürten Bindfaden, dessen Knüpfenden in das Bleisiegel gedrückt werden.

Ich hebe noch hervor, daß diese Bestimmungen über die Einsargung nur für die künftigen Feuerbestattungen in Preußen gelten. Ich bin schon dem Irrtum begegnet, daß sie nunmehr auch für die Transportleichen nach außerpreußischen Bestattungs-Anlagen gefordert werden; davon steht aber in dem Erlaß vom 29. September 1911 nichts.

Die Ausführung der ärztlichen Leichenschau ist in der Anlage 2 so genau beschrieben, daß ich darüber nichts zu sagen habe. Sie entspricht im wesentlichen dem bisher bei der gerichtlichen Leichenschau üblichen Verfahren. Nur auf einen bedeutenden Unterschied, freilich einen äußerlichen, gegenüber der gerichtlichen Leichenschau will ich hinwiesen: Der Medizinalbeamte hat hier Rücksicht zu nehmen auf die Stimmung der Hinterbliebenen und sollte mit großem Taktgefühl alles vermeiden, was die Anhänglichkeit an das gestorbene Familienglied kränken könnte. Wir wollen daran denken, daß für alle Beteiligten die strengen Bestimmungen der Leichenschau etwas ganz neues sind und vorläufig noch nach den Aeußerungen in der Tagespresse von weiten Kreisen als übermäßige Erschwerung der Feuerbestattung empfunden werden. Ein taktvolles Auftreten des Medizinalbeamten wird zur Milderung der nun einmal gesetzlich festgelegten Härten beitragen. Wer in größeren Orten Fühlung mit den Vereinen für Feuerbestattung hat, tut gut, bei passender Gelegenheit die Mitglieder darauf hinzuweisen, daß der Medizinalbeamte möglichst bald nach dem Tode zur Leichenbesichtigung gerufen wird, damit er nicht erst eintrifft, wenn die Leiche schon aufgebahrt ist. Auch die in Ziffer 8 der Anweisung geforderte Zuziehung des behandelnden Arztes begegnet Schwierigkeiten. Für gewöhnlich ist sie auch entbehrlich, wenigstens für großstädtische Verhältnisse. Wenn dort der ärztliche Totenschein vorliegt, so kann sich der Medizinalbeamte auf eine telephonische Verständigung mit dem behandelnden Arzte beschränken und braucht nicht erst auf die schriftliche Krankengeschichte zu warten.

Der Abschnitt II der Vorschriften über die Leichenschau

behandelt die Abfassung der amtsärztlichen Bescheinigung über die Todesursache. In § 12 ist alles aufgezählt, was in jedem Fall in die Bescheinigung aufgenommen werden muß, die übrigens kurz und deutlich sein soll. Es sind folgende 6 Punkte:

1. Angaben der Angehörigen.
2. Gutachten des behandelnden Arztes.
3. Identität der Leiche (Alter, Geschlecht, Größe, Körperbau, besondere Kennzeichen).
4. Feststellung des Todes.
5. Todesursache.
6. Frage nach der verbrecherischen Veranlassung (Befund einer Virginität s. u.).

Ich halte es nicht für zweckmäßig, ein ausführliches, den einzelnen §§ der Vorschriften genau folgendes Schema, wie es in der Buchdruckerei von J. C. C. Bruns in Minden vorrätig gehalten wird, zum Attest selbst zu benutzen; für die Vornahme der Leichenschau gibt es allerdings eine gute Anleitung, in welche der Befund an Ort und Stelle gleich eingetragen werden kann. Dadurch wird auch für die Akten eine Unterlage bei etwaigen späteren Rückfragen gewonnen. Nur gebe man das ausgefüllte Schema nicht als Attest fort; denn es entspricht insofern nicht der in § 12 geforderten Form, als es nicht kurz genug und darum nicht deutlich genug ist. Vergessen wir doch nicht, daß unsere Bescheinigung als Unterlage für die polizeiliche Entschließung dienen soll, und daß es sich nicht um eine Niederschrift wie bei einer gerichtlichen Leichenöffnung handelt, die von Medizinern überprüft wird und deshalb alle Nebendinge und den Gang der Untersuchung festhält. Für den Regelfall mag ein dem § 12 entsprechender Vordruck, der die oben aufgezählten Punkte umfaßt, praktisch und willkommen sein.

Was mich aber ganz besonders zu dem Vorschlag eines anderen und einfacheren Attestvordruckes veranlaßt, ist die Frage nach der Virginität. Die unzarte Hervorhebung, ob Jungfräulichkeit besteht, sollte in der Bescheinigung unter allen Umständen fehlen. Der Gerichtsarzt wird die seltenen Fälle, wo dieser Befund eine Rolle spielt, auch ohne Vordruck, der von jedem beliebigen Polizeibeamten gelesen wird, beachten und in geeigneter Weise beschreiben. In allen übrigen Fällen, die keinerlei Verdacht eines gewaltsamen Todes erwecken, kann der Genitalbefund unerörtert bleiben, ohne daß dadurch gegen die Vorschrift verstoßen wird. Der Satz im § 12: „der Befund einer Virginität ist zu erwähnen", schließt sich sinngemäß unmittelbar an den vorangehenden Passus von der Berücksichtigung einer verbrecherischen Veranlassung an. Daraus folgt, daß die Vorschriften nicht die Erwähnung der Virginität bei jeder beliebigen jungfräulichen Leiche verlangen, sondern nur, wenn dieser Befund für den Tod und die Frage nach einem Verbrechen eine Bedeutung hat. Die Fassung des Satzes ist allerdings eine solche, daß sein Inhalt auch als eine selbständige

neue Forderung aufgefaßt werden kann, die bei jeder einschlägigen Leichenschau erfüllt werden müßte. Ich kann mir aber nicht denken, daß die Vorschriften dies beabsichtigt haben sollten, und würde es freudig begrüßen, wenn baldigst ein ergänzender Erlaß die Richtigkeit meiner Auffassung bestätigen würde; denn die entgegenstehende, von mir als irrtümlich bezeichnete Auslegung beunruhigt die Oeffentlichkeit. Preßäußerungen haben schon wiederholt diese Bestimmung beanstandet; auch eine Berliner Frauenversammlung hat jüngst eine Entschließung angenommen, in welcher der Herr Minister um Zurücknahme dieser „das Gefühl der weiblichen Würde aufs tiefste verletzenden Bestimmung“ gebeten wird mit der Begründung, daß die Bestimmung vom juristischen Standpunkt zwecklos und vom medizinischen wertlos sei, da die Feststellung, ob Virginität vorliege, für den gewissenhaften Arzt unmöglich sei. Durch die Aufnahme einer derartigen Begutachtung in den Totenschein werde der üblen Nachrede Tür und Tor geöffnet. Man kann der Berliner Frauenversammlung diese allerdings ein wenig übertreibende Entschließung nicht übelnehmen; denn, wie ich schon sagte, aus seinem Zusammenhang gerissen, muß der Satz einer Frauenversammlung verletzend erscheinen. Anderseits darf man nicht außer acht lassen, daß die ministeriellen Vorschriften nur das in Paragraphen gefaßt haben, was die Mehrheit des Landtages gewollt hat; und ferner, daß die Vorschriften sich auf die Erfahrungen der gerichtlichen Medizin gründen. Das Gebiet der Sexualdelikte ist jedenfalls eins der umfangreichsten unserer Sonderwissenschaft, so daß der Verfasser der Vorschriften wohl berechtigt war, auf diese Frage bei der Besprechung der Todesursache im Zusammenhang mit einer verbrecherischen Veranlassung hinzuweisen.

Was schließlich die Gebühren anlangt, so sind in Ziff. 5 des Tarifs A vom Gesetz über die Gebühren der Kreisärzte für die „sonstige Besichtigung“ einer Leiche 8 Mark ausgeworfen. Dazu tritt die Gebühr für die amtsärztliche Bescheinigung mit 4 Mark nach A Ziffer 9. Eine Transportbescheinigung ist damit gleichfalls abgegolten. Für die Beaufsichtigung der Einsargung kann ein Befundattest mit 5 Mark und der dazu erforderliche Besuch mit 2 Mark angesetzt werden, oder man liquidiert nach Tarif B Ziffer 6 (Ausstellung eines Leichentransportscheines mit Besichtigung der Leiche) 10 Mark. Der vollbesoldete Kreisarzt hat die Gebühren nach § 3 und 4 des Gebührengesetzes an die Staatskasse abzuführen.

Die amtsärztliche Bescheinigung und das Formular über die Einsargung sind nicht stempelpflichtig, weil sie Vorzeugnisse sind.

Im letzten § 14 der Vorschriften wird noch die polizeiliche Leichenöffnung erwähnt, die vorgenommen werden soll, wenn die Todesursache nicht aufgefunden ist, oder wenn ein Zweifel über den natürlichen Tod besteht. Es ist noch in Erinnerung, daß im Abgeordnetenhaus von den Gegnern des

Gesetzes ursprünglich für alle einzuäschernden Leichen die Sektion verlangt würde. Mit Rücksicht auf die damals geäußerten Bedenken ist wohl die weitgehende Fassung des § 14 gewählt worden. Voraussichtlich werden jedoch die Fälle, bei denen eine Obduktion notwendig ist, selten und z. B. nur bei zweifelhaftem Selbstmord oder bei plötzlichem Tod unter verdächtigen Umständen erforderlich sein. In solchen Fällen werden auch die Angehörigen mit der Aufklärung des Todesfalles durch die Leichenöffnung gern einverstanden sein. Wer diese zu besorgen hat, ist in den Vorschriften nicht gesagt, geht aber aus dem Sinn der gesamten Vorschriften hervor. Die etwa erforderliche Leichenöffnung ist einfach als eine notwendige Fortsetzung der Leichenschau zu betrachten und demzufolge ebenso wie diese vom Gerichtsarzt — Kreisarzt — vorzunehmen.

Der Königl. Kreis-(Gerichts-) Arzt.

Amtsärztliche Bescheinigung über die Leichenschau [1])

de . . am . . . . 191 . in . . . . . verstorbene . . .
. . . .
(Vor- und Zuname, Stand.)

Die Identität der Leiche wird durch die Bekundung der Angehörigen — des behandelnden Arztes — durch die eigene Kenntnis des Unterzeichneten bestätigt. Sie geht auch aus dem Alter von . . Jahren, der Größe von . . . cm, dem Körperbau, dem . . . . Ernährungsstand hervor.

An besonderen Kennzeichen waren vorhanden: . . . .

Der Tod ist durch Leichenstarre, Totenflecke, Verwesungsgeruch festgestellt.

Nach den Angaben der Angehörigen und dem Gutachten des behandelnden Arztes ist die Todesursache . . . .

Diesem Gutachten schließe ich mich auf Grund meiner Besichtigung an.

Ein Verdacht, daß der Tod durch eine strafbare Handlung herbeigeführt sei, hat sich nicht ergeben.

Der Ueberführung der Leiche nach . . . . auf dem Landweg und der Eisenbahn stehen gesundheitliche Bedenken nicht entgegen.

. . . . den . . . . 191 .

. . . .

Ueber Stichspuren in Kleidern.

Von Dr. **Klare**, Kreisarzt in Johannisburg (Ostpreußen).

In einer früher veröffentlichten Arbeit [2]) habe ich eine Reihe von Fällen zusammengestellt, in denen Stichspuren in den Kleidern von Erstochenen den Obduktionsbefund ergänzt, ja vielfach sogar zur Ueberführung eines Täters entscheidend mitgewirkt hatten. Es sei mir gestattet, den damals erörterten Fällen noch einen hinzuzufügen, in dem gleichfalls die Verletzung in einem Kleidungsstück es ermöglichte, in nicht unerheblicher Weise zur Klärung des Sachverhalts beizutragen.

[1]) Vordrucke nach diesem einfacheren Muster werden ebenfalls in der Hofbuchdruckerei von J. C. C. Bruns vorrätig gehalten.

[2]) Vierteljahrsschrift für ger. Medizin und öffentl. Sanitätswesen; 3. Folge, XXXIII, 1.

Es handelte sich um folgenden Fall, den ich s. Z. als stellvertretender Kreisarzt in Saarbrücken zu begutachten Gelegenheit hatte.

Am Morgen des 20. April 1911 fand man zu E. in der Nähe eines Bretterschuppens die Leiche des Bergmanns W. Nach der ganzen Sachlage schien es, als ob W. beim Versuch, Zement aus dem Schuppen zu stehlen, überrascht und erschlagen worden sei; denn die Leiche lag mit dem einen Arm auf einen Sack Zement und an der ihr zunächst befindlichen Ecke des Schuppens waren zwei Bretter losgelöst. Auch die Spitze eines Meißels, den der W. in der Tasche trug, paßte genau in die Eindrücke auf der inneren Seite der losgelösten Bretter. Bald jedoch lenkte sich der Verdacht der Täterschaft auf den Bahnarbeiter B. und die Frau des Verstorbenen, die mit B. ein Liebesverhältnis hatte. Gegen die Ehefrau konnten keine genügenden Beweise erbracht werden, dagegen gestand B. nach anfänglichem Leugnen, dem W. die tödlichen Verletzungen beigebracht zu haben; er behauptete jedoch, daß er in Notwehr gehandelt habe. Nach seiner Darstellung soll sich der Vorgang folgendermaßen abgespielt haben:

Nach einem kleinen Zechgelage am Abend des 19. April sei er von dem W. aufgefordert worden, wie schon öfters mit ihm zum Schuppen zu gehen, um Zement zu stehlen. Nach anfänglicher Weigerung habe er sich zur Teilnahme erst überreden lassen, als W. versprochen habe, er wolle alles selbst besorgen, er brauche nur aufzupassen. Sie hätten dann Meißel und Beil mitgenommen und seien zum Schuppen gegangen. Hier will B. auf der Landstraße aufgepaßt haben und zu W. erst zurückgekehrt sein, als dieser ihm zugerufen habe, alles sei fertig. W. habe auch schon einen Sack auf der Schulter gehabt und ihn aufgefordert, ebenfalls einen Sack zu nehmen. Als er dies aber verweigert und im Verlauf des sich anschließenden Wortwechsels sogar mit einer Anzeige gedroht habe, sei W. so wütend geworden, daß er in die Brusttasche gefaßt und anscheinend ein Messer oder dergl. habe hervorholen wollen, um ihm damit zu Leibe zu gehen. Da habe er, um sich zu schützen, ein paar Mal mit dem Beil, das er an sich genommen hätte, auf den vor ihm stehenden und dann zu Boden stürzenden W. losgeschlagen und sei dann weggelaufen.

Aus dem Obduktionsbefund schien zunächst nichts hervorzugehen, das gegen diese Darstellung sprach. Es fanden sich auf dem Kopfe drei von vorn nach hinten verlaufende und ziemlich parallel gelegene, offenbar von einem beilartigen Instrument herrührende Wunden. Der Schädel war hochgradig zertrümmert, doch konnte man nach seiner Präparation und Zusammensetzung drei den Hautverletzungen entsprechende Zusammenhangstrennungen unterscheiden und zwar eine auf dem rechten Scheitelbein, eine auf dem linken Scheitelbein und eine auf dem linken Stirn- und Schläfenbein. Auch das Gehirn war hochgradig zertrümmert und zum Teil in einem regellosen Brei verwandelt. Dem Sachverständigen wurde nun vom Untersuchungsrichter die Frage vorgelegt:

„Wie standen W. und B., als der erste Hieb fiel?

Welches war überhaupt der erste Hieb?"

Der Obduktionsbefund gab darauf keine Antwort, wohl aber die Mütze des Erschlagenen, welche am Tatort aufgefunden wurde. Sie wies nur eine einzige Verletzung auf und zwar eine, die ihrer Lage und Länge nach der Wunde auf dem rechten Scheitelbein entsprach. Diese Verletzung rührte also vom ersten Hieb her, danach war die Mütze herabgefallen. Da nun aus verschiedenen Merkmalen hervorging, daß W., der viel größer als der Täter war, die Verletzung auf dem rechten Scheitelbein entweder von hinten oder auf den tief gebeugten

Kopf von vorn her empfangen hatte, so konnte weiterhin gefolgert werden, daß der Getroffene und der Täter sich nicht in der vom letzteren behaupteten Weise gegenüber gestanden hatten, als der erste Hieb fiel. Es war vielmehr anzunehmen, daß er dem W. den ersten Hieb von hinten oder dann versetzt hatte, als dieser sich gerade tief nach vorn gebeugt hätte, wahrscheinlich, um den Sack aufzuheben, der noch im linken Arm der Leiche gefunden wurde. Demgemäß war die Angabe des Täters, er habe in der Notwehr gehandelt, unglaubwürdig. Er wurde dann auch wegen Totschlags zu 15 Jahren Zuchthaus verurteilt; die Frage nach der Ueberlegung hatten die Geschworeneu verneint.

Eine Epidemie der Alopecia parvimaculata unter den Schulkindern.

Von Kreisarzt Dr. Boegershausen in Lüdinghausen.

Im August 1910 benachrichtigte mich der Hauptlehrer des Dorfes Nordkirchen, daß unter seinen Schülern eine Haarkrankheit in größerer Ausbreitung ausgebrochen sei; meine hierauf sofort angestellten Ermittelungen hatten folgendes Ergebnis:

Von den 142 Schülern der beiden vorhandenen Knabenklassen zeigten sich 17 von einem Haarschwund befallen, der mehr oder weniger folgendes klinisches Bild bot:

Im Bereiche des behaarten Kopfes fanden sich bald in der Einzahl, bald auch 2—3—5 rundliche oder ovale 0,5—1,0—2,0 cm große, kahle Stellen in meist unregelmäßiger Verbreitung, teils am Hinterkopf, teils auch in der Scheitel- und Schläfengegend; die Kopfhaut erschien an diesen kahlen Flecken grauweiß, etwas glanzlos, stumpf, hin und wieder etwas verdünnt, ohne irgendwelche entzündliche Erscheinungen. Schuppenbildung bestand in keinem Falle; im Randgebiet der Flecke zeigten die Haare teilweise Pigmentschwund, sahen grau, gelbgrau verfärbt aus, ließen sich leicht, ohne abzubrechen, mit der Wurzel ausziehen. Die Wurzel erwies sich häufiger verdünnt, atrophisch; das kranke Haar mit dem atrophischen Wurzelende bot das Bild eines Ausrufungszeichens (!).

Während, wie gesagt, die meisten kahlen Stellen nur einen geringen Umfang hatten und oft wie von Mäusen herausgenagt erschienen, zeigten später einige Fälle mehrere drei- bis fünfmarkstückgroße, kahle Flecke. Die auf Veranlassung des Herrn Reg.- u. Med.-Rats Geheimrats Dr. Krummacher durch den Leiter des Medizinaluntersuchungsamtes, Herrn Kreisarzt Dr. Besserer, vorgenommene mikroskopische und kulturelle Prüfung des Krankheitsmaterials hatte ein völlig negatives Ergebnis hinsichtlich eines besonderen Erregers der vorliegenden Haarkrankheit, insbesondere konnten weder der für die Mikrosporie charakteristische Fadenpilz (Microsporon Audouini) noch auch

die Pilze von der Gruppe der Trichophytien nachgewiesen werden. Ebenso war es auch dem Herrn Dr. Plaut-Hamburg, dem bekannten Forscher auf diesem speziellen Gebiete nicht möglich, bei einer größeren Anzahl von Haarproben, die ich ihm sandte, einen bestimmten Krankheitserreger zu ermitteln. Lediglich nach ihrer makroskopischen und klinischen Erscheinungsform zeigten die Nordkirchener Krankheitsfälle am meisten Aehnlichkeit mit den seiner Zeit von Dr. Dreuws in einigen Berliner Schulen ermittelten 101 Fällen, die er im Band 51, Nr. 3 der Monatshefte für praktische Dermatologie beschrieben und mit dem Namen der Alopecia parvimaculata benannt hat. Dreuws unterscheidet hier bei der Al. parvimaculata zwei verschiedene Formen, und zwar 1) die nicht atrophische Form der Al. parvimaculata im weiteren Sinne und 2) die atrophische Form mit den Unterformen der a) Al. parvimaculata atrophicans solitaris und b) der Al. parvimaculata conglomerata (Pseudopelade Brocq). Dreuws aber vermag sich selbst nicht zu entscheiden, ob die genannten Al. parvimaculata-Formen nicht identisch mit der Pseudopelade Brocqs sind. Die Nordkirchener Fälle gehören jedenfalls aber nicht zu dieser Pseudopelade, da in keinem Falle die dafür so charakteristischen, mehr oder weniger dicken, sukkulenten, transparenten Scheiden an den erkrankten Haaren nachgewiesen werden konnten, sondern die erkrankten Haare sich lediglich nach dem Wurzelende hin atrophisch zugespitzt erwiesen. Präsentierten sich schließlich auch die meisten Nordkirchener Fälle in dem Bilde der kleinfleckigen Kahlheit, so nahmen, wie schon erwähnt, in 3—4 Fällen die Flecke von vornherein größere Dimensionen an und nicht etwa durch Zusammenfließen mehrerer kleiner, kahlen Stellen, sondern durch einfaches Ausbreiten nach der Peripherie, so daß eigentlich von einer Al. parvimaculata hier nicht mehr die Rede sein konnte.

Ueber den weiteren Verlauf der Epidemie ist folgendes anzuführen:

Den anfänglich ermittelten 17 Fällen gesellten sich in wenigen Tagen weitere 15 zu, von denen schon nach einigen Wochen 8 Fälle als geheilt ausgeschieden werden konnten. Inzwischen begannen die großen Herbstferien, die jedoch in dem Bestande der Haarkranken keine besondere Aenderung herbeiführten (vor den Ferien 32 Fälle, nach den Ferien 33). Aber wenige Wochen nach dem Schulbeginn stieg die Krankenziffer wieder an und erreichte mit 48 Krankheitsfällen den höchsten Bestand. Von sämtlichen 71 Schülern der Knaben-Oberklasse (Jahrgänge 9—14) erkrankten 1910/11 insgesamt 53 Schüler = 74,7 %; von den Insassen der Knaben-Unterklasse (ebenfalls 71; 6.—9. Jahrgang) dagegen nur 20 = 28 %. Beide Schulklassen sind in einem Gebäude unterbracht; es besteht besonders während der Schulpausen ein lebhafter Verkehr zwischen den Knaben beider Klassen, die überdies z. T. aus denselben Familien stammten. In der ebenfalls im

Dorfe befindlichen Kleinkinderbewahrschule erkrankten im ganzen 3 Knaben, die Familien angehörten, in denen ältere Knaben haarkrank waren. Schließlich fanden sich noch bei einem Landwirt außerhalb des Dorfes 3 noch nicht schulpflichtige haarkranke Kinder, deren kahle Flecke zahlreicher und auch umfangreicher waren. Sämtliche erkrankten Kinder sind heute nach mehr oder weniger langer Krankheitsdauer geheilt; es ist auch bei allen wieder völliger Haarwuchs eingetreten. Die Krankheitsdauer schwankte zwischen wenigen Wochen und einem Jahre.

Wenn, wie berichtet, ein bestimmter Erreger der Nordkirchener Epidemie nicht haftbar gemacht werden konnte, so sind wir doch im Hinblick auf das ganze Auftreten und die Verbreitung der Haarkrankheit wenigsten vom klinischen Standpunkt aus gezwungen, ein Contagium vivum für die vorliegende Epidemie verantwortlich zu machen. M. E. ist es wenigstens schwer plausibel, daß etwa eine einfache Trophoneurose (verursacht durch Alterationen des Nervensystems, durch besondere Stoffwechselanomalien, durch schädliche Einwirkungen des Schulbetriebes usw.) den Grund für die vorliegenden Erkrankungen abgegeben haben könnte. Bedenkt man, daß über drei Viertel der Schüler in der Knabenoberklasse haarkrank wurden, diese Knaben doch an und für sich schon verschiedene somatische Entwicklungsverhältnisse darboten und teils aus Handwerker- und Tagelöhnerkreisen, teils aber auch aus gut situierten Bauernfamilien, mithin aus verschiedenen sozialen und verschiedenen Ernährungsverhältnissen stammten, so hieße es doch den Tatsachen Gewalt antun, wollte man etwa bei sämtlichen Schülern eine gemeinsame gleiche Alteration des Nervensystems bezw. des Stoffwechsels als Krankheitsursache supponieren! Auch der Schulbetrieb als solcher kann nicht für die Entstehung der Haarkrankheit in Betracht kommen, da ja, wie wir sehen, auch nicht schulpflichtige Kinder erkrankten; er kommt allerdings insoweit in Frage, als er jedenfalls zur Weiterverbreitung der Erkrankungen unter den Schülern beigetragen hat, stieg doch nach Schluß der großen Schulferien wenige Wochen später die Krankenziffer wieder erheblich an. Diese Tatsache spricht m. E. auch besonders für die Infektiösität der vorliegenden Alopecie. Für die Uebertragbarkeit, also für ein Contagium vivum, fällt schließlich noch die Tatsache in die Wagschale, daß in der Kleinkinderbewahrshhule 3 Kinder erkrankten aus Familien, in denen sich bereits ältere haarkranke Knaben befanden. Auffällig ist bei der Nordkirchener Epidemie, daß die Knaben der Unterklasse, obwohl für sie dieselben Uebertragungsmöglichkeiten bestanden, weit weniger erkrankteu (nur 28 %), und daß weder bei den Mädchen noch auch bei den Erwachsenen im Dorfe Erkrankungsfälle zu verzeichnen waren.

Bezüglich der mutmaßlichen, ursprünglichen Infektionsquelle ist nichts Greifbares zu ermitteln gewesen;

nachweislich ist ein eingeborener Wirtssohn zuerst erkrankt, wo dieser sich möglicherweise infiziert hat, war nicht zu eruieren. Nebenbei möchte ich noch erwähnen, daß ich bei den häufigen Durchmusterungen des Schülermaterials auch oft auf kleine umschriebene Alopecien anderen und älteren Ursprungs gestoßen bin; es waren dies in erster Linie Narbenalopecien mit ihrer charakteristisch glatten, weißglänzenden Farbe und den meist scharfen Kontouren; bilden doch bekanntlich Kopfnarben ein fast regelmäßiges Attribut des echten, wagemutigen, deutschen Knabens!

Zum Schluß nur einige Worte über die in Anwendung gekommenen Verhütungs- und Behandlungsmaßnahmen In Anbetracht der erfreulichen Tatsache, daß die sofort nach dem Bekanntwerden der Epidemie angestellten eingehenden bakteriologischen Untersuchungen das Vorliegen der gefürchteten Mikrosporie, der Grubyschen Krankheit, ausschließen konnten, und auch sonst kein verdächtiger Pilzbefund ermittelt wurde, durfte vorderhand von besonders eingreifenden Bekämpfungsmaßnahmen, wie sie z. B. die Schöneberger Mikrosporieepidemie erforderte, abgesehen werden. Da aber anderseits im Hinblick auf die Art des Auftretens doch ziemlich bestimmt mit der Uebertragungsmöglichkeit der Haarkrankheit gerechnet werden mußte, so wurden vorläufig die erkrankten Schüler vom Schulbesuche ausgeschlossen. Weiter wurde auf Veranlassung des Herrn Reg.-Med.-Rats Geheimrat Dr. Krummacher eine kurze, gemeinverständliche Belehrung über die Abwehr und Bekämpfung der Haarkrankheit zusammengestellt, vervielfältigt und an sämtliche Schulkinder und deren Angehörige verteilt. In dieser Belehrung wurden die Haarkranken u. a. aufgefordert, ihre Haare stets kurz zu halten und den Kopf täglich mit brauner Seifenlösung gründlich zu waschen; ferner wurde eindringlich gewarnt vor dem gemeinsamen Gebrauche von Kämmen, Haarscheren, Kopfkissen, Handtüchern, Kopfbedeckungen usw.; schließlich wurde ärztliche Behandlung empfohlen. In einem besonderen Schreiben wurden die ansässigen Barbiere aufgefordert, ihr Haarschneidewerkzeug tunlichst häufig, aber jedenfalls immer nach dem Scheren eines Haarkranken zu desinfizieren, und zwar die Metallinstrumente durch gründliches Abreiben mit spiritusgetränkter Watte, die Bürsten usw. durch Waschen mit 1 % Formaldehydlösung; die Desinfektionsmittel wurden gratis von der Gemeinde gestellt. Auf einem eigens arrangierten Elternabend habe ich dann noch besonders die verhältnismäßig zahlreich erschienenen Angehörigen der Schulkinder über die Verhaltungsmaßregeln gegenüber der Haarkrankheit gemeinverständlich belehrt und gleichzeitig die Gelegenheit wahrgenommen, einige Winke zur vernünftigen Haarpflege zu geben. Seit Februar v. J. schließlich, wo der Krankenbestand bereits auf 18 heruntergegangen war, wurden auf eine Anregung des Herrn Medizinalministers hin die Haarkranken wöchentlich einmal nach dem früher von Prof. Dr. Lassar empfohlenen Verfahren

unter ärztlicher Kontrolle einer Sublimatwaschung des Kopfes unterzogen. Angesichts des durchaus gutartigen Verlaufs der Krankheit und des Umstandes, daß ohnehin besonders in der Knabenoberklasse die Mehrzahl der Schüler an der Alopecie erkrankte, wurden bereits Ende November 1910 die vom Schulbesuch ausgeschlossenen Schüler wieder zum Unterricht zugelassen und hiermit besonders auch dem Wunsche sämtlicher Eltern Rechnung getragen. In besondere ärztliche Behandlung haben sich nur wenige Jungen begeben; kostet es nämlich den Bauer überhaupt schon Ueberwindung, in ernsterer Krankheit sich ärztliche Hilfe zu leisten, so hat er besonders keine Neigung, lediglich für kosmetische Zwecke Geld an den Arzt zu geben. „Es geht auch so“; dieser billige und bequeme Grundsatz hat diesmal freilich den Bauern Recht gegeben, denn die Haare sind „ohne Doktor“ wieder gewachsen und in einigen Fällen auch „trotz des Doktors“! Habe ich doch Fälle zu Gesicht bekommen, die nach gründlicher spezialärztlicher Bearbeitung derartige entzündliche Reizerscheinungen der ganzen Kopfhaut zeigten, daß es mir wirklich fraglich erschien, ob nicht mit der „restlosen“ Ausrottung der subsumierten Parasiten auch sämtliche Haarpapillen mit ausgerodet waren; aber die vis medicatrix naturae hat doch dem spezialärztlichen Ansturm Stand gehalten, die Haare sind auch hier wieder gewachsen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Zur Kenntnis der Myome des Herzens. Von Dr. Ehrenroth. Zieglers Beiträge zur pathol. Anatomie und allgemeinen Pathologie; Bd. 51.

Verf. beschreibt bei einem 7 Monate alten Knaben, der angeblich plötzlich verstorben war, einen über taubeneigroßen Tumor, der nach der histologischen Untersuchung als Fibrorhabdomyom angesprochen werden mußte. Er lag in der äußeren Wand des linken Ventrikels und wölbte sich stark in dessen Cavum hinein, dieses stark verengend. Makroskopisch nachweisbare Veränderungen am Hirn fanden sich in diesem Fall nicht vor (bekanntlich geht die sog. tuberöse Hirnsklerose mit solchen Herzmyomen sowie mit Nierenfibromen einher). Prof. Dr. H. Merkel-Erlangen.

Benzol als Leukotoxin. Von Laurence Selling. Zieglers Beiträge zur pathol. Anatomie und allgemeinen Pathologie; Bd. 51.

Den Ausgangspunkt für die vorliegenden experimentellen Untersuchungen bildete die tödlich endende Vergiftung dreier 14jähriger Mädchen in einer Zinnbüchsenfabrik; in dem betreffenden Arbeitsraum wurde eine Kautschuckauflösung in Benzol als Ersatz für Lot benutzt und führte offenbar durch Einatmung zu der nach 6—7 Tagen tötlich endenden Vergiftung. Aus den umfangreichen experimentellen Untersuchungen des Verfassers (durch subkutane Injektion von Benzol in Olivenöl bei Kaninchen) ergab sich, daß Benzol ein intensives Leukotoxin darstellt und die weißen Blutzellen nicht nur im zirkulierenden Blut, sondern auch die Parenchymzellen der hämatopoetischen Organe (Milz, Lymphdrüsen, Knochenmark) zerstört. Durch wiederholte Benzolinjektionen kann man das myeloide und lymphadenoide Gewebe fast völlig aplastisch machen und nach Abbrechen der Injektionen die regenerativen Prozesse dieser Organe studieren, die zwischen 10 Tagen und 3 Wochen zu einer völligen Restitution führen können.

Prof. Dr. H. Merkel-Erlangen.

Ein Fall akuter Leuchtgasvergiftung. Von Ch. Lesieur und J. Rebattu-Lyon. Ann. d'hyg. publ. et de méd. lig.; 4 Serie, T. XVI, Nov. 1911, S. 481.

Ein Gastwirt, chronischer Absinthtrinker, beging Selbstmordversuch mit Leuchtgas; er wurde in 8 Tagen geheilt (am Tage nach der Entlassung erhängt). Im Blut war CO-hämoglobin nachgewiesen. Auffällig waren aber die dunkle Blutfarbe, die Zyanose, ein abnorm hoher Druck des Liquor cerebrospinalis und vor allem halbseitige, hauptsächlich rechtseitige Kontrakturen und Krämpfe. 12,5 ccm Serum intravenös einem Kaninchen von 1850 g injiziert, bewirkten nach 10 Minuten rauschartigen Zustand, nach 11 Minuten Streckkrampf, nach 15 Minuten Tod unter Krämpfen. Da dies Bild dem der beobachteten Krankheit ähnelt und nicht der CO-, sondern der Absinthvergiftung zukommt, wurden Versuche an Kaninchen angestellt, um zu prüfen, ob die COvergiftung nach Vergiftung mit einem Convulsivum anders verläuft. In der Tat bekamen die Tiere, die mit 1½ Tropfen Salbeiöl vorbehandelt waren, in einer CO-Atmosphäre Krämpfe, die bei den nicht vorbehandelten Kontrolltieren fehlten. Der beobachtete Fall wird hiernach in der Weise erklärt, daß der chronische Absinthismus eine Disposition zu Krämpfen geschaffen hat, die durch die CO-Vergiftung einfach zur Wirksamkeit gebracht wurde. Das Wesen der CO-Vergiftung liegt nicht allein in der Entziehung des Sauerstoffs, sondern auch in der Autointoxikation durch die Stoffwechselprodukte der durch den Sauerstoffmangel geschädigten Gewebe. So erkläre sich die Giftigkeit des Serums. (Es ist nicht berücksichtigt, daß dieselbe Serummenge eines Gesunden ein Kaninchen töten kann. Ref.) Eine Obduktion ist nicht gemacht worden.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Ueber Stychninvergiftung vom gerichtsärztlichen Standpunkt. Von Dr. Erich Rapmund, Kreisassistenzarzt in Marburg, vorm. Abteilungsarzt an der Prov. Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen. Aus der Kgl. Univ.-Klin. für psychische und Nervenkranke, Dir.: Geh.-Med.-Rat Prof. Dr. Cramer und der Kgl. Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde zu Göttingen, Dir.: Kreisarzt Prof. Dr. Lochte. Vierteljahrsschrift für ger. Med. und öff. San.-Wesen. 3. F., XLII, H. 2, S. 243.

Neben einer systematischen Schilderung der Strychninvergiftung unter sorgfältiger Berücksichtigung von Litteratur und Kasuistik bringt die Abhandlung eine Anzahl eigener Versuche. Durch diese konnte die Angabe von Koelliker und Martin bestätigt werden, daß das Gift am raschesten bei direkter Berührung mit dem Rückenmark wirkt (intradural 4 mal so stark als intravenös). Es ist also nicht richtig, daß auch bei Einbringung in den Rückenmarkssack das Gift erst ins Blut aufgenommen werden müsse, um zu wirken. Die subkutane Injektion steht an dritter Stelle; vom Magendarmkanal aus ist die Giftigkeit am geringsten.

Die Verwornsche Ansicht, daß der Tod durch Herzlähmung erfolgt, wurde nicht bestätigt, da die Atmung bei schlagendem Herzen völlig aufhörte.

Die Temperatur, über die bisher wenig Genaues bekannt war, wurde gemessen. Sie erhöhte sich im Krampf bei den Tieren nur um ½—1°, fiel in den Zwischenpausen oft bis unter die Norm, und stieg post mortem nicht an. Eine besonders auffällige Starre wurde durchaus nicht regelmäßig gefunden, wie es auch für den Menschen gilt. Die Malaquinsche Strychninreaktion (Reduktion mit naszierendem Wasserstoff, Kochen, Unterschichten mit Schwefelsäure, rosenrote Färbung) erwies sich als zu empfindlich gegen Verunreinigungen, umständlicher und weniger fein als die Kaliumbichromatschwefelsäureprobe, immerhin aber als wertvolle Ergänzung. Der Urin von 10 vergifteten Kaninchen löste 7 mal bei Mäusen tetanische Krämpfe aus. Ein Tier, das nach 2 Minuten gestorben war, hatte noch strychninfreien Urin, nach 4 Minuten wurde das Gift aber jedenfalls schon in den Urin ausgeschieden. Die für die Analyse aufzuhebenden Organe sind besonders Speiseröhre, Magen und Dünndarm, Leber, Nieren, Lungen, Herz, Blut und Inhalt der Gallenblase, evtl. auch Gehirn, Pankreas und die beiden Oberschenkelknochen.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Eine Vergiftung durch Beeren der Atropa Belladonna. Von Dr. med. et. phil. Friederich Kanngießer, Toxikologe an der Universität Neuchatel. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 47.

Verf. hatte, um den Gang einer ernsteren Tollkirchenvergiftung zu studieren, 10 reife Beeren einer wildgewachsenen Atropastaude gegessen, wonach 7 Samenkörnchen im Mund zurückblieben, die ebenfalls aufgebissen und hinuntergeschluckt wurden.

Zunächst ersieht man aus einer Tabelle die Resultate der Bestimmung von Pupillenweite, Akkommodation und Pulsfrequenz in den nächsten 5 Tagen. Als dann beschreibt Verf. die Vergiftungserscheinungen, die sich hauptsächlich äußerten zunächst in Schwindel, der sich mit der Zeit immer mehr und mehr verschlimmerte und das ganze Krankheitsbild ca. 8 Tage lang beim Rachen und in der Nase, in Schwere in den Gliedern, Blendungserscheinungen, herrschte, dann in Kopfschmerzen, die nicht lange andauerten, ferner in Trockenheit Stolpern beim Begehen von Treppen, Verminderung der Urinmenge mit etappenweiser Miktion, Erscheinungen von Exaltation und Somnolenz, Gedächtnisschwäche und Vergeßlichkeit, Gesichtshalluzinationen, Zuckungen im Nacken, Röte des Handrückens und Akrozyanose an den Fingerspitzen, leichter Ataxie und Parästhesien in den Beinen, Müdigkeitsgefühl in den Knieen pp. Bemerkt sei noch, daß am 1. Tage, als die Sache etwas unheimlich zu werden anfing, die Magensonde einzuführen versucht wurde, worauf zweimaliges kopiöses Erbrechen — jedoch ohne Beerenschalen — erfolgte. Die weitere Verschlimmerung der Vergiftungserscheinungen ließ eine Evakuation des Darmes angezeigt erscheinen, die aber erst nach 3 maligen Dosen von je 30 g Rizinusöl und Einlauf am zweiten Tage erfolgte und die schwarzen Beeren der Tollkirschen zum Vorschein brachte.

Am 4. Tage machte sich allgemeine Besserung bemerkbar; einzelne Vergiftungserscheinungen hielten jedoch noch ca. 8 Tage an.

Dr. Waibel-Kempten.

Beiträge zur Lehre von der Sturzgeburt. Von F. Straßmann. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. F., XLII, H. 2, S. 219.

Die Arbeit enthält als weitere Beläge der Darstellung in des Verfassers Buch: „Medizin und Strafrecht“, 15 Gutachten über fraglichen Kindesmord, in denen eine Sturzgeburt glaubhaft behauptet wurde. Mit den dort aufgeführten, auch hier kurz erwähnten sind es 22 Fälle, von denen 20 Erstgebärende betrafen, die sämtlich unbestraft waren. Mehrere Beschuldigte hatten die Schwangerschaft durchaus nicht verheimlicht, manche sogar Vorbereitungen für die Geburt getroffen. Nur 6 Kinder waren nicht völlig reif (42—47 cm lang), die übrigen waren reif (50—54 cm lang). Schädelverletzungen fanden sich dreimal (im vorangehenden Knochen), einmal mit Verletzung der Knochenhaut. Die Dura war immer unversehrt, dagegen fanden sich 6 mal subdurale und intrazerebrale Blutungen, auch in Fällen, wo keine Knochenverletzungen angetroffen wurden. Bei zwei Fällen von Sturzgeburt in den Abort fand sich eine tötliche Leberzerreißung. 11 mal war die Nabelschnur zerrissen (darunter einmal mehrfach, zweimal offenbar unvollständig und erst mit dem Fingernagel vollendet), 4 mal waren Kind und Mutterkuchen noch durch die ungetrennte Nabelschnur verbunden. Ein Dammriß wurde im ganzen in drei Fällen festgestellt. 3 mal waren die Gebärenden sich nicht des Vorgangs der Geburt bewußt gewesen. Wirkliche Ohnmacht fand sich in zwei Fällen, sonst durchweg nur Schwäche mit Schmerzen (Nachwehen) als Ursache einer Hilflosigkeit alsbald nach der Geburt angegeben. Eine nicht unglaubhafte Ohnmacht ohne Sturzgeburt ist anhangsweise mitgeteilt.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Tötliche Verletzungen eines Neugeborenen (Nachtrag zu „Ungewöhnliche Verletzungen bei Kindesmord“; Bd. XLII. H. 1. S. 1). Von Dr. G. Marmetschke (Gerichtsärztl. Instit. d. Kgl. Univ. Breslau, Dir. Geh.-Med.-Rat Prof. A. Lesser). Virteljahrsschr. f. ger. Med. usw. 3. F., XLII, H. 2, S. 237.

Eine 22 jährige, erstgeschwängerte, wenig intelligente Dienstmagd wurde bei der Arbeit (Bereitung eines Bades) von der Geburt überrascht, Sturzgeburt.

Hastige Versuche, das Kind vom Boden aufzuheben, da ein sechsjähriger Knabe dabei steht. Wenige Momente später kommt die Herrin dazu und das wimmernde Kind wird eingehüllt. Es stirbt nach 7 Stunden in der Klinik. Anaemie durch Verbluten aus einer tiefen Verletzung, die die Weichteile der ganzen linken Hälfte des Mundbodens vom Unterkiefer getrennt hat, sich bis an die seitliche Rachenwand und nach unten an der Gland. submax. vorbei bis an das Unterhautgewebe der linken Regio submaxillaris erstreckt. Die ganze Gegend stark blutig infiltriert. Die Haut zeigt zahlreiche Schrammen und Abschürfungen von den Schläfen bis zum Unterbauch; etwas flüssiges Blut unter dem Tentorium cerebelli; keine Schädelverletzungen. Nabelschnur gerissen. Bei der Mutter Dammriss. Nach den experimentellen Erfahrungen des Verfassers ist es durchaus möglich, daß auch die tötliche Mundbodenverletzung bei dem Aufheben vom Boden so entstanden ist, daß auf dem in den Mund geratenen Finger das Körpergewicht der sich bückenden, geschwächten Person zu stark gelastet hat. Eine Tötungsabsicht war ganz unwahrscheinlich.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Die Ueberempfindlichkeitsmethode zum Nachweis von Spermaflecken. Von Henri Verger. Réunion biologique de Bordeaux. 7. Novbr. 1911. Comptes rendus de la soc de biol.; LXXI., 1911, Nr. 82.

Jean Minet und Jules Leclercq[1]) (Lille) hatten nachgewiesen, daß Meerschweinchen, denen menschliches Sperma subkutan oder intrakardial einverleibt worden war, auf eine neue Injektion mit anaphylaktischen Symptomen antworteten: Husten, Atemnot, Temperaturabfall, Krämpfe, selbst der Tod trat nach Einverleibung von — am zweckmäßigsten einer Dose von 1 ccm — menschlichen Spermas ein. Dieselben Meerschweinchen reagierten nicht auf Hodenextrakte von Tieren und nicht auf menschliches Serum. Wenn auch die absolute Spezifizität gegenüber anderen Albuminen vom Menschen auf dem 1. Kongreß für gerichtliche Medizin Frankreichs von Balthazard-Paris bestritten wurde, so hat doch die ganze Frage für die gerichtliche Medizin eine große Bedeutung. Verger unterzog die Versuche der Verfasser und ihre Technik einer Nachprüfung.

Minet und Leclercq hatten empfohlen, die Tiere mit dem Mazerat des verdächtigen Fleckens vorzubereiten und nach 20 Tagen die Versuchsinjektion mit frischem menschlichem Sperma auszuführen, ein Verfahren, das außer der Schwierigkeit, sich auf übliche Weise frisches Sperma zu verschaffen, den Nachteil hatte, die Untersuchungen bedeutend in die Länge zu ziehen. Verger kehrte die Sache um. Er präparierte zunächst die Meerschweinchen mit frischem Sperma und mit Mazrerationen von Spermaflecken in destilliertem Wasser. Sogar mit mehrere Monate alten Flecken gelang die Vorbehandlung. Einverleibt wurden intraperitioneal, intrakardial oder intrazerebral 2 ccm einer wässrigen Lösung von 10 qcm der Flecke in 4—5 ccm Wasser. Ein bis 4 Monate später wurde genau nach den Angaben von Minet und Leclercq, was die Präparation des Flecks und die intrakardiale Methode anlangt, die auslösende Injektion ausgeführt.

Von 9 so behandelten Meerschweinschen wiesen 2 nur sehr leichte Reaktionen: Husten und etwas Unruhe auf; 3 hatten Krämpfe, Temperaturabfall unter 38°, 1—2 Stunden lang Kräfteverfall und Parese, erholten sich aber, 4 dagegen hatten sofort heftige Zuckungen und starben in einigen Minuten.

Für die Praxis bedarf es also einer größeren Anzahl von Meerschweinchen, da nur in $^2/_3$ der Fälle das Ergebnis beweisend war.

Verger will die Versuche fortsetzen, um zu eindeutigen Ergebnissen über den Wert der Methode zu kommen. Dr. Mayer-Simmern.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Erinnerungstäuschung durch Kopfverletzung. Kriminalistische Studien. Von Amtsrichter Dr. W. Schütze, Tessin i. M. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Band 43, Heft 1 u. 2.

Nach Kopfverletzungen treten häufig Erinnerungstäuschungen auf. Die gewohnten tagtäglichen, auf das Unmittelbare gerichteten Arbeiten werden aus

---

[1]) Referiert diese Zeitschrift; 1911, S. 530.

dem dunkeln Unterbewußtsein heraus getan, während das Oberbewußtsein versagt oder wenigstens seine Verläßlichkeit eingebüßt hat. Die Aussage eines Verletzten ist daher stets mit größter Vorsicht zu verwerten.

Dr. v. Mach-Bromberg.

Zur Psychologie der Verbrecherin. Von Dr. Alexander Jassny-Petersburg. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik; Bd. 42, H. 1 und 2.

Das Verbrechertum der Frau hat seine tiefste Wurzel in der inferioren Stellung, die sie dem Mann gegenüber einnimmt und in die sie durch den Mann hineingedrängt worden ist; sie ist gewissermaßen ein flammender Protest dagegen. Die Frau, in deren Gehirn nach Forel eine Unmasse sozialer Kräfte brach liegt, kämpft um den Mann, indem sie ihm nachahmt. Durch Loslösung von ihrem Geschlecht erstrebt sie volle Sublimierung ihrer Sexualität in gutem oder schlechtem Sinn. Die Behauptung Wulffens (Der Sexualverbrecher), daß bei der Frau die unversehrte Geschlechtsehre einen Talisman gegen Verbrechen bildet, hat nur dort Geltung, wo strenge Sitten herrschen. Durch die Nachahmung des Mannes gelangt die Frau zur Nichtachtung der Geschlechtsehre anderer Frauen, daher der überwiegende Anteil des Weibes an dem Verbrechen der Kuppelei. Dies führt weiter zur Aufgabe der eigenen Weiblichkeit, zur Abtreibung usw.

Verf. schöpft seine Charakteristik der Verbrecherin mehr aus der Dichtung als aus der Wirklichkeit. Dr. v. Mach-Bromberg.

Ueber ein sexuelles Attentat auf eine Hypnotisierte. Von Dr. Freiherrn von Schrenk-Notzing, München. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik; Bd. 48, H. 1 und 2.

Verf. hatte Gelegenheit in einem Fall, in dem ein bis dahin unbescholtener 40 Jahre alter Arzt beschuldigt wurde, eine Patientin in der Hypnose geschlechtlich mißbraucht zu haben, ein Gutachten abzugeben. Er konnte feststellen, daß es sich um „das abenteuerliche Hirngespinst einer libidinösen Schwindsüchtigen handelte, deren erotische Begehrlichkeit sich wahrscheinlich in den Fieberträumen auch auf die Person des Arztes erstreckte, indem sie mit ihm Episoden aus ihrer sexuellen Vergangenheit erlebte" also rückwirkende Erinnerungsfälschungen einer Hysterica.

Es ist jedem sich mit therapeutischer Suggession beschäftigenden Kollegen zu größter Vorsicht zu raten gegenüber hysterischen oder sonstig psychopathisch veranlagten Patientinnen. Dr. v. Mach-Bromberg.

Zwei Fälle von Besudelung. Von Liebermann v. Sonnenberg, Berlin. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik; Bd. 43, H. 3 und 4.

Verf. berichtet über zwei psychologisch merkwürdige Fälle, von denen der erstere zeigt, zu welchen widerlichen, dem Kulturmenschen unbegreiflichen Mitteln eine bis dahin unbescholtene Frau greifen kann, um sich aus einer schweren pekuniären Notlage zu befreien. Im zweiten Fall handelt es sich zweifelsohne um Saliromanie einer geistig defekten Frau, die nicht ohne vorherige eingehende psychiatrische Beobachtung abgeurteilt werden durfte.

Dr. v. Mach-Bromberg.

Ein Beispiel für hereditäre Belastung. Von H. Richter, Oberwachtmeister an der Gendarmerieschule in München. Archiv f. Kriminalanthropologie und Kriminalistik; Bd. 43, H. 3 und 4.

Von den 6 Kindern eines trunksüchtigen Vaters und einer diebischen Mutter gerieten 3 auf Abwege, die beiden Söhne wurden Trinker und Verbrecher, eine Tochter stahl und ergab sich gewerbsmäßiger Unzucht. Es ist dies ein kleiner Beweis gegen die irreführende Statistik Pearsons (cf. Fehlinger d. Archiv; Bd. 41, S. 304. Ref. darüber in Nr. 23 dieser Zeitschrift; 1911, S. 890). Dr. v. Mach-Bromberg.

Der Einfluß der Lektüre auf die Delikte phantastischer jugendlicher Psychopathen. Von Dr. Siegfried Türkel-Wien. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik; Bd. 42, H. 3 und 4.

Dem geschulten Prüfer wird meist der Nachweis gelingen, daß strafbare Handlungen Jugendlicher oft nicht nur indirekt durch die Lektüre beeinflußt sind, sondern sich als mehr oder minder getreue Uebertragungen des Gelesenen in die Wirklichkeit darstellen.

Zwei Beispiele (Lesen des Fall Humbert und der abenteuerlichen Schriften von Carl May) dienen zur Erläuterung.

Dr. v. Mach-Bromberg.

Kindlicher Schwachsinn und Straffälligkeit Jugendlicher. Von K. Rupprecht, Staatsanwalt in München. Archiv für Psychiatrie; 48. Band. 3. Heft.

Auf Grund seiner praktischen Erfahrungen kommt Rupprecht zu dem Ergebnis, daß kindlicher Schwachsinn häufig den Straftaten Jugendlicher zu Grunde liegt. Die Erkennung des Schwachsinns verlangt neben der Verwertung der Beobachtung während der Schulzeit die Beiziehung von Psychiatern. Der Psychiater ist um so notwendiger, als die moderne Behandlung jugendlicher Rechtsbrecher mehr auf Fürsorge und Erziehung, als auf Vollstreckung von Freiheitsstrafen abzielt, die Auswahl der richtigen Erziehungs- und Fürsorgemaßnahmen aber die vorherige Feststellung der geistigen und psychischen Verfassung der jungen Menschen voraussetzt.

Die Jugendgerichte werden das in sie gesetzte Vertrauen rechfertigen, wenn sie dem Irrenarzte in dem Verfahren gegen Jugendliche den ihm gebührenden Platz als Gutachter einräumen; anderseits werden die Psychiater dem modernen Zeitgeist gerecht werden, wenn sie, wie in München, ihre besten Vertreter freiwillig in den Dienst der Jugendgerichte stellen. Gerade die aus dem reichen Material des Verfassers ausgewählten Beispiele erweisen überzeugend die Notwendigkeit dieser Zusammenarbeit und geben ein erfreuliches Beispiel dafür, daß das Verständnis der Juristen für psychiatrische Dinge entschieden im Zunehmen begriffen ist. Am Schlusse seiner Arbeit weist Rupprecht mit vollem Recht darauf hin, daß auch die Lehrer, von denen fast in jedem Fall strafrechtlicher Beanstandung Jugendlicher ein Gutachten über die geistige Entwicklung des kriminell gewordenen Schülers eingeholt wird, dem kindlichen Schwachsinn in Folge der Mitwirkung des Psychiaters erhöhte Beachtung schenken und so die rechtzeitige Erkennung dieser Erkrankung mit fördern werden.

Dr. Többen-Münster.

Ueber talentierte Schwachsinnige. Von Dr. O. Berkhan-Braunschweig. Zeitschrift für die Erforschung des jugendlichen Schwachsinns; Bd. V, H. 1.

Daß Schwachsinnige, selbst höheren Grades, einseitige Begabungen außergewöhnlicher Art besitzen, ist mehrfach beobachtet und darüber in den letzteren Jahrzehnten verschiedentlich berichtet worden.

Es betrifft dies zunächst eine auffallende Begabung im Zeichnen und Malen, mechanische Fertigkeit, musikalische Leistungen, hervorragendes Gedächtnis für Namen, Zahlen und zahlreiche Worte, dann endlich eine Aufsehen erregende Fähigkeit zu rechnen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Hochgradigste Entartung eines Idioten. Von Med.-Rat Dr. Näcke-Hubertusburg. Zeitschrift für die Erforschung des jugendlichen Schwachsinns; Bd. V, H. 1.

Der Verfasser beschreibt einen Fall mit sehr zahlreichen Stigmata am ganzen Körper und auch im Innern. Auch das Gehirn weist genug auffallendes auf. Die Idiotie dieses Kranken ergibt schon allein fast das Gehirngewicht von 1155 g, statt durchschnittlich bei Männern 1338 oder 1375; es hatte also rund um 200,0 g weniger. — Immerhin war es leidlich gut entwickelt und ließ sogar hier und da Tertiärfurchen erkennen. Am meisten fiel das teilweis unbedeckte Kleinhirn auf, an der Schädelkapsel eine Verengung der rechten Basalflächen. Weder am Knochen noch an den Gehirnhäuten (bis auf Spüren) zeigten sich Entzündungserscheinungen oder Residuen davon.

Für Hemmungsbildungen sprachen namentlich die vielen infantilen, unfertigen Ganglienzellen, der vermehrte Zellreichtum. Für eine Hemmungsbildung sprachen weiter die etwas verschmälerte Rinde, die mangelhafte Aus-

bildung der Kommunikationsbahnen, endlich die Hypoplasie der meisten inneren Organen und der Occipitallappen des Großhirns, vielleicht auch die Aplasie der linken Gesichts- und Zungenhälfte. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber Sexualität im Kindesalter. Von Prof. Dr. M. Flesch. Sexualprobleme; 1911, Nr. 10.

Daß lokale Reize unter Umständen Erektionen im frühesten Säuglingsalter hervorrufen können, ist bekannt; praktisch spielt diese Möglichkeit sogar eine Rolle bei der Ausführung der rituellen Beschneidung. Entzündung der Eichel bei Säuglingen, ein nicht seltenes Vorkommnis, ist gleichfalls manchmal mit länger anhaltenden Erektionen verbunden. Aber der am häufigsten die Erektion einleitende Moment ist die beginnende Urinentleerung. Fast bei jedem männlichen Säugling wird man, wenn man im geeigneten Moment Gelegenheit hat — dem Arzt bietet sich der Anlaß, wenn er, um sich über das Fortschreiten des Kindes zu unterrichten, es aus dem Einschlag nehmen läßt — sehen, daß ohne jeden Anlaß sich das Glied erhebt, um dann plötzlich im hohen Strahl den Urin entströmen zu lassen. Die Erektion des Säuglings ist danach ein Ausdruck der ursprünglichen Zusammengehörigkeit des urozoetischen mit dem Genital-Apparat. Anders steht es natürlich mit dem Auftreten von Erektionen und deren zoiazistischer Steigerung im späteren Kindesalter. Auch hier müssen natürlich die durch entzündliche oder mechanische Reizungen begründeten, durch Onanie unterstützten Zustände gesondert von den Fällen betrachtet werden, in welchen unzweifelhaft erotisch fundamentierte Erscheinungen vorzeitigen sexuellen Triebes sich einstellen, z. B. bei kleinen Mädchen, die sich auf dieser Basis prostituieren. Echten Priapismus bei Knaben von 8—10 Jahren hat Verf. ebenfalls gesehen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber die Sexualität im Kindesalter. Von Hofrat Dr. L. Löwenfeld. Sexualprobleme; 1911, Nr. 7/8.

Der Verf. gibt eine gedrängte Uebersicht über den derzeitigen Stand unserer Kenntnisse von den infantilen Sexualäußerungen, die er in subjektive (sexuelle Empfindungen und Erregungen) und objektive einteilt, von denen die Erektionen der Knaben am frühesten auftreten; bei den Mädchen ruft das Eintreten der Menses erhebliche Schwankungen herbei. Wenn auch nach der Ansicht des Verf. die Masturbation nicht von 99 % aller Jugendlichen getrieben wird, so ist sie doch sehr verbreitet, und zwar bei Knaben, aber auch bei Mädchen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

C. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Zur Perimetrie der Gelenke. Von Dr. E. Fritzsche, Assistenzarzt der chirurg. Klinik Basel. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 48.

Trotz der offenkundigen Vorteile der Methode der Gelenkperimetrie hat dieselbe nur wenig Eingang in die Praxis gefunden; die meisten Begutachter begnügen sich damit, die leicht meßbaaren Bewegungen zahlenmäßig zu bestimmen und die übrigen abzuschätzen oder die Bewegungsstörung zu umschreiben. Auch von der graphischen Darstellung von Gelenkexkursionen wird, soviel dem Verfasser bekannt ist, nur wenig Gebrauch gemacht. Als Ursache hierfür glaubt Verfasser den Umstand annehmen zu dürfen, daß es an einfachen Instrumenten fehlt, welche die Messung aller Bewegungen der verschiedensten Gelenke gestatten. In diese Lücke soll ein kleiner Apparat treten, welcher nach den Angaben von Prof. de Quervain von der Firma James Jaquet A. G. in Basel hergestellt wird und in der Basler chirurgischen Klinik seit einiger Zeit Verwendung findet.

Gebrauchsanweisung mit Abbildung des Apparates und mit Abbildungen für die spezielle Technik der Messung findet sich im Original.

Der Apparat ist zu beziehen durch die Firma M. Schärer A.-G. in Bern.

Dr. Waibel-Kempten.

Senile oder traumatische Kyphose? Von Dr. Pach-Budapest. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; Nr. 20.

Ein 54jähriger Arbeiter fiel am 13. September 1909 aus 4 m Höhe herab-

gleitend auf die Fußsohlen, „wobei sein Kreuz gekracht habe". Die ihn daraufhin behandelnden Aerzte konnten keinerlei innere oder äußere Veränderungen infolge des erlittenen Unfalls nachweisen. Alle hielten die Schmerzen des Mannes für rheumatisch-neuralgische, besonders auch da das Knochensystem keine Veränderungen aufwies. Radiologisch ließ sich eine Atrophie der Wirbel des Lendenteils und als deren Folge eine Verflachung der Artikulationsflächen des III. und IV. Wirbelkörpers feststellen. Das Bild gab keinen Aufschluß darüber, ob die durch die Atrophie bedingte Kyphose senilen oder traumatischen Ursprungs sei.

Bei der Revision in diesem Jahre nahm der Begutachter auf Grund der Tatsache, daß der Verletzte vor dem Unfall völlig gesund und ohne irgend welche Verbiegung der Wirbelsäule war, an, daß beim Verletzten unmittelbar nach dem Unfall zunächst nur Schmerzen im Lendenteile der Wirbelsäule und dann später erst die Kyphose und Steifheit der Wirbel aufgetreten sei; er gelangte somit zu dem Schlusse, daß die bestehende Kyphose Unfallsfolge sei und die Erwerbsfähigkeit des Verletzten z. Z. um 75 % beschränke.

Dr. Dörschlag-Strelno.

Die Gebühren bei Leichenöffnungen im Auftrage der Berufsgenossenschaften. Beschluß des Reichs-Versicherungsamts vom 8. April 1911. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamtes; 1911, Nr. 9.

In dem Bescheide vom 21. Mai 1908 und in zwei weiteren Bescheiden hat das Reichsversicherungsamt ausgesprochen, daß für die Berechnung der Gebühren bei Leichenöffnungen gelegentlich einer Unfalluntersuchung im Königreich Preußen das Gesetz vom 9. März 1872, also die amtliche Taxe, dann Anwendung finde, wenn die Leichenöffnung gemäß der Verfügung des Ministers des Innern und für Handel und Gewerbe vom 3. Oktober 1903 von der Ortspolizeibehörde, sei es von Amtswegen, sei es auf Ersuchen einer Berufsgenossenschaft, herbeigeführt worden sei. Dagegen müsse mangels besonderer Vereinbarung nach der Gebührenordnung vom 15. Mai 1896, also nach der Privattaxe, berechnet werden, wenn die Berufsgenossenschaft die Aerzte unmittelbar um Vornahme der Leichenöffnung ersucht habe. Hierbei waren folgende Erwägungen maßgebend: Die Anwendung des Gesetzes vom 9. März 1872 setzt gemäß §§ 3 und 7 a. a. O. voraus, daß das Geschäft dem Medizinalbeamten „von Gerichten oder anderen Behörden aufgetragen" oder daß der nicht beamtete Arzt zu der Verrichtung „amtlich aufgefordert" worden ist. Diese Voraussetzungen sind gegeben, wenn die Leichenöffnung von der Ortspolizeibehörde veranlaßt oder vermittelt worden ist. Die Berufsgenossenschaft aber kann „amtliche" Aufträge unmittelbar nicht erteilen, da sie keine Behörde ist.

Mit dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes, betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten, vom 14. Juli 1909 hat sich die Rechtslage geändert. Das Gesetz gilt für die Kreisärzte „bei amtlichen Verrichtungen" oder bei Ausübung der Tätigkeit als gerichtliche Sachverständige". Nach seinem § 12 gilt es für andere Aerzte, beamtete oder nicht beamtete, wenn sie zu jenen Geschäften amtlich aufgefordert werden. Für die Anwendung der neuen Taxen kommt es hiernach — die gerichtsärztliche Tätigkeit scheidet hier aus — nicht so sehr darauf an, daß das Geschäft von einer „Behörde aufgetragen" ist, als vielmehr darauf, daß die von dem Arzte verlangte Verrichtung zu den „amtlichen Verrichtungen" des Kreisarztes gehört. Unter „amtlichen Verrichtungen" sind nach der Begründung zum Gesetzentwurfe, der Erklärung der Vertreter der Staatsregierung in der Kommission und nach dem Ministerialerlasse vom 10. Dezember 1909 solche zu verstehen, welche dem Kreisarzte als staatlichem Gesundheitsbeamten des Kreises obliegen. Welche Geschäfte hierher, abgesehen von den gerichtsärztlichen, gehören, ist aus den §§ 1 bis 6 des Gesetzes, betr. die Dienststellung des Kreisarztes, vom 16. September 1899 (Gesetzsammlung S. 172) und den weiteren Vorschriften der Dienstanweisung vom 1. September 1909 (Medizinalblatt S. 381) zu entnehmen. Nicht gehören aber zu den amtlichen Verrichtungen solche Geschäfte, welche dem Kreisarzte nicht ohne weiteres durch seine amtliche Bestellung als solcher, sondern durch einen besonderen öffentlichrechtlichen oder privatrechtlichen Akt übertragen werden. Hierher gehören z. B. die Geschäfte als städtischer S hularzt, als Krankenhausarzt, Impfarzt, Seminararzt, Gefängnisarzt, Bahnarzt oder als Vertrauensarzt einer Landes-

versicherungsanstalt oder einer Berufsgenossenschaft sowie die sonstige vertrauensärztliche Tätigkeit (§ 115 der Dienstanweisung). Hiernach dürfte das Gesetz vom 14. Juli 1909 dann keine Anwendung finden, wenn die Leichenöffnung auf mittelbares oder unmittelbares Ersuchen einer Berufsgenossenschaft vorgenommen ist. Es wird die Anwendbarkeit dieses Gesetzes sogar dann noch zu bezweifeln sein, wenn die Leichenöffnung von der Ortspolizeibehörde gelegentlich einer Unfalluntersuchung von Amts wegen und auf ihre Kosten herbeigeführt worden ist, sofern dabei keine sanitäts- oder medizinalpolizeilichen Gründe mitbestimmend gewesen sind.

D. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

a. Tuberkulose.

Tuberkulosenachweis durch beschleunigten Tierversuch. Aus der städtischen Frauenklinik zu Frankfurt a. M. Von Dr. Rud. Oppenheimer. Münchener mediz. Wochenschrift; 1911, Nr. 41.

Verf. versuchte auf möglichst rasche, sichere und einfache Weise den Tuberkulosenachweis zu ermöglichen und fand hierzu die intrahepatische Impfung bei Meerschweinchen mit tuberkulösem Material als sehr geeignet, da es mit der im Original genauer beschriebenen Methode im einem außerordentlich hohen Prozentsatz der Fälle gelingt, den Tuberkulosenachweis nach relativ kurzer Zeit, d. h. nach 5 bis 16 Tagen zu führen.

Dr. Waibel-Kempten.

Zur Tuberkulose-Prophylaxe. Von Dr. Otto Mosseik in Weimar. Deutsche Medizinische Wochenschrift; 1911, Nr. 27.

M. weist unter Berücksichtigung der großen Gefahr der Bazillen aushustenden Tuberkulösen auf die bis heute noch immer nicht für alle Verhältnisse gut gelösten Fragen nach der zweckmäßigsten Beseitigung des tuberkulösen Auswurfs auf einen neuen und wie es scheint, sehr zweckmäßigen Weg hin. Allen bisherigen Apparaten, wie Speiflaschen und den verschiedenartigsten Spucknäpfen aus Glas, Ton, Pappe usw. haften manigfache hygienische Bedenken an. M. hat nun Speidüten aus festen Papier anfertigen lassen. Jede Düte dient nur für eine Expektoration und wird dann durch Zusammenfalten sicher geschlossen und später verbrannt. Der Gebrauch der Düten ist denkbar einfach und sauber und unauffällig. Die Düten werden von der Firma Felix Spandau & Co. Berlin-Moabit, Spenerstr. 5 hergestellt. 10000 Düten kosten 14 M. Der Gebrauch und die Einführung besonders auch seitens der Fürsorgestellen sollte überall in die Wege geleitet werden.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Ueber Umfang und Bedeutung der elterlichen Belastung bei der Lungenschwindsucht. Aus dem allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Eppendorf. Von Oberarzt Dr. F. Reiche. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 38.

Verfasser konnte bei einem größeren Material von erwachsenen Tuberlösen, welche ausnahmslos den arbeitenden, versicherungspflichtigen Bevölkerungskreisen angehören, hinsichtlich vorhandener oder fehlender tuberkulöser Heredität zuverlässige Studien machen; er kommt nach eingehenden statistischen und epikritischen Darlegungen zu dem Schlußsatze, daß die zur Stütze der hereditären Disposition vorgebrachten Momente zum Teil hinfällig, zum großen Teil einer anderen Interpretation zugängig sind. Seine eigenen Feststellungen über die hereditären Verhältnisse unter Schwindsüchtigen und Lungengesunden und über die Nachkommenschaft phtisischer und nichtphtischer Eltern lassen den Umfang und die hohe Bedeutung der Familientuberkulose erkennen, die weiteren Untersuchungen über den Verlauf der Schwindsucht bei Belasteten und Unbelasteten und zumal bei den von beiden Eltern Belasteten und dem sehr verschieden betroffenen männlichen und weiblichen Anteil sprechen der Heridität aber einen deletären Einfluß auf den Krankheitsgang ab, gestatten nicht, in ihr eine zu der Krankheit disponierende Schwäche zu erblicken.

Verfasser steht auf dem Standpunkt, daß im allgemeinen intrauterine bazilläre Einflüsse die Krankheit bestimmen, daß Uebertragungen auf den Fötus von seiten phthisischer Mütter möglich, in seltenen Fällen einwandfrei nachgewiesen sind, von seiten des phtisischen Vaters jedoch zum mindesten äußerst unwahrscheinlich erscheinen, daß mithin die Gennaeogenese der Phthise für die überwältigende Mehrzahl aller Lungenschwindsüchtigen nicht in Betracht kommend praktischer Bedeutung bar ist.

Die Tatsache der hohen Tuberkulosemorbidität in tuberkulösen Familien ist durch die Erkenntnis ihres Zustandekommens noch nicht beseitigt, es wird aber mit Annahme der Familieninfektion anstelle der Familiendisposition die Belastung ihres Schreckens, ihrer Unabwendbarkeit entkleidet und der Hoffnung Raum gegeben, daß mit klarer Durchschauug ihres Wesens, mit stets weiterer Aufklärung bezüglich allgemeiner Vorsicht und Beseitigung des die Ansteckungen vermittelnden tuberkulösen Giftes, mit verbesserten Wohnungsverhältnissen und Kräftigung der Kinder zur möglichsten Fernhaltung aller dauernden und vorübergehenden Schädigungen ihrer Widerstandskraft sie eine immer weitere Einschränkung erfahren muß.

Dr. Waibel-Kempten.

Ueber die Behandlung der Tuberkulose mit dem Kochschen albumosefreien Tuberkulin. Von Prof. Dr. G. Jochmann und Stabsarzt Dr. B. Möllers. Deutsche Medizinische Wochenschrift; 1911, Nr. 28.

Das Kochsche albumosefreie Tuberkulin wird im Gegensatz zum klassischen Alttuberkulin Koch aus einer albumosefreien Kulturflüssigkeit hergestellt. Es enthält daher nur Eiweißstoffe, die von dem Tuberkelbacillus herstammen. Bei der Herstellung werden höhere Temperaturen vermieden, das Präparat sieht hell aus. Das albumosefreie Tuberkulin hat alle Eigenschaften eines spezifischen Tuberkulinpräparates, d. h. es ruft bei tuberkulösen Meerschweinchen den charakteristischen Tuberkulintod hervor; es gibt die typischen serologischen Reaktionen. Bei der subkutanen Tuberkulinprobe sind die subjektiven Beschwerden geringer als beim Alttuberkulin; besonders bei therapeutischer Verwendung hat sich das albumosefreie Tuberkulin als ein mildes Präparat erwiesen, das häufig die Durchführung ganz reaktionsloser Kuren bis zur Maximaldosis in relativ kurzer Zeit erlaubte und gute Heilerfolge zeitigte. Es ist wegen seiner milden Wirkungen auch zur ambulatorischen Behandlung geeignet. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Die spezifische Tuberkulose-Therapie in der Praxis. Von Dr. Schrader-Breslau. Aerztl. Sachverständigen-Zeitung; 1911, Nr. 16.

Bei der spezifischen Diagnostik der Tuberkulose findet fast ausschließlich das Alttuberkulin Verwendung. Seine Anwendung beruht auf der Erscheinung, daß tuberkulös erkrankte Menschen und Tiere eine besondere Empfindlichkeit dem Tuberkulin gegenüber besitzen, die bei gesunden bis zu einer bestimmten Grenze vermißt wird. Zu unterscheiden ist eine allgemeine und lokale Reaktion. Die Tuberkulinmengen: $^5/_{10000}$, $^1/_{1000}$, $^5/_{1000}$ und $^1/_{100}$ ccm werden subkutan einverleibt.

Verf. bespricht auch die verschiedenen Methoden der probatorischen Tuberkulinanwendung. Er hält die Ophthalmoreaktion für unzuverlässig und gefährlich. Die v. Pirquetsche Reaktion ist für das Kindesalter zu reservieren. Die wichtigste Reaktion ist und bleibt die von Koch angegebene subkutane Tuberkulin-Einverleibung.

Bei der spezifischen Therapie erfreut sich die milde, einschleichende Goetsche Anwendungsweise allgemeiner Anerkennung. Empfehlenswert ist die Petruschkysche Etappenbehandlung. Man beginnt die Behandlung in der Regel mit $^1/_{10000}$ ccm Alttuberkulin. Erst nach völligem Abklingen der Reaktion wird die Dosis langsam gesteigert. Wiederholung der Reaktionsgabe findet statt, bis sie reaktionslos vertragen wird. Bei stärkeren Reaktionen wird in der Dosen-Bemessung zurückgegangen. Der beabsichtigte Zweck der Behandlung wird durch Giftfestigung des Organismus und durch lokale Hyperämie zu erreichen gesucht. Außer dem Alttuberkulin hat Verfasser vielfach die Bazillenemulsion und in neuerer Zeit das Tuberkulose-Sero-Vakzin „Höchst“

versucht. Nach kurzer Besprechung des Perlsucht-Tuberkulins werden von sonstigen, aktiv immunisierenden Mitteln nur noch das Denyssche und Béranecksche Tuberkulin erwähnt; von den passiv immunisierenden Tuberkulose-Seren hat Sch. nur mit dem Marmorekschen Serum gearbeitet. Er glaubt, das Hauptanwendungsgebiet dieses Serums ist die chirurgische Tuberkulose.

Der Erfolg der spezifischen Behandlung der Tuberkulose liegt in der richtigen Auswahl der Fälle. Sch. hält nur die offenen Frühstadien und die unkomplizierten Fälle des zweiten Stadiums für Tuberkulinkuren geeignet.

Für den praktischen Arzt empfiehlt Verf. zur Anwendung die Bazillen-Emulsion vom Typus humanus sowie das Béranecksche Tuberkulin.

Dr. Dörschlag-Strelno.

Ambulante, spezifische Behandlung der Lungentuberkulose. Von Dr. Blümel-Halle a./S. Fortschritte der Medizin; 1911, Nr. 42 u. 43.

Verf. bekennt sich als Anhänger der ambulanten Tuberkulintherapie. Sie habe in Anwendung zu kommen zuerst als Nachbehandlung Heilstättenentlassener, dann statt Heilstättenbehandlung bei fieberfreien Kranken, aber nur bei diesen. Aber auch hierv n seien Kranke, deren häusliche und berufliche Verhältnisse und deren Persönlichkeit die ordnungsgemäße Durchführung der Kur verhinderten, auszuscheiden. Als kontraindiziert hält er die spezifische Behandlung bei schweren und sehr florid verlaufenden Fällen, ferner wenn sich im Verlaufe der Kur das Allgemeinbefinden verschlechtere. Als Präparat bevorzugt Verf. das Tuberkul-A (Landmann), wenn er auch den anderen Präparaten, besonders dem Kochschen Gerechtigkeit wiederfahren läßt. Als zweckmäßigste Art der Verabreichung erklärt er die subkutane Injektion, und zwar in die Brust. Bis Verfasser zu einer wirksamen Dosis kommt, injiziert er jeden 4. Tag, dann in noch größeren Zwischenräumen. Rpd. jun.

Ueber die stomachale Anwendung von Tuberkulinpräparaten. Von Stabsarzt Dr. B. Möllers und Dr. W. Heinemann. Deutsche Medizinische Wochenschrift; 1911, Nr. 40.

Die Verf. haben auf experimentellem Wege eine Klärung der Frage über die stomachale Anwendung des Tuberkulins zum Teil noch unter den Augen Robert Kochs herbeigeführt und sind zu folgendem Ergebnis gekommen. Durch das Pepsin und durch das Trypsin wird die spezifisch wirksame Substanz des Tuberkulins stark geschädigt, so daß es für die diagnostischen Zwecke völlig ungeeignet wird. Auch für therapeutische Zwecke wird es infolge der Abschwächung der wirksamen Substanz durchaus unsicher in der Dosierung und muß deshalb auch hier abgelehnt werden.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Tuberkulosemortalität in Preußen im Jahre 1910. Von B. Fränkel-Berlin. Berliner klinische Wochenschrift; 1911, Nr. 40.

Im Jahre 1910 starben in Preußen nach der Statistik des preußischen statistischen Landesamts 60409 Menschen, darunter 31020 Männer und 29389 Frauen an Tuberkulose. Auf je 100 Todesfälle überhaupt fallen 9,48 an Tuberkulose; von je 10000 Lebenden starben 15,29 an Tuberkulose. Die entsprechenden Zahlen waren 1908: 16,46 und 1909: 15,59. Die Zahl der Todesfälle an Tuberkulose hat demnach relativ wieder abgenommen und zwar gegen 1908 um 1,17, gegen 1909 um 0,3. An dem Absinken der Sterbeziffer ist das Säuglingsalter und die spätere Lebenszeit beteiligt, während im schulpflichtigen Alter sogar eine Vermehrung stattgefunden hat. Im ganzen ist die Abnahme nicht sehr erheblich, eine Mahnung im Kampf gegen die Tuberkulose nicht nachzulassen, sondern mit allen Mitteln weiter an der Ausrottung der Seuche zu arbeiten. Dr. Meineke-Hagen i. W.

---

b. Syphilis.

Ueber knötchenförmige syphilitische Leptomeningitis und über Arteriitis symphilitica. Von H. Beitzke.

Die vorstehende Erkrankung, von der vor 3 Jahren Dürck fünf Fälle beschrieb, wird in vorliegender Arbeit an der Hand von drei weiteren einschlägigen

Beobachtungen makroskopisch und mikroskopisch beschrieben. In zweien dieser Fälle konnten weder Tuberkelbazillen noch Spirochäten nachgewiesen werden, während B. in dem dritten Falle zahllose Spirochäten darstellen konnte, was die luetische Natur der eigenartigen Erkrankung absolut sicher stellt. Makroskopisch erinnert der Befund außerordentlich an die tuberkulöse Leptomeningitis mit Eruption miliarer Tuberkelknötchen; differential-diagnostisch spricht gegen Tuberkulose das Fehlen eines primären Tuberkuloseherdes im Körper trotz sorgfältigstem Suchen darnach in allen Organen, ferner sind bei tuberkulöser Meningitis die Knötchen einheitlicher in bezug auf die Größe, während bei dem luetischen Prozeß die gummösen Knötchen an verschiedenen Stellen eines einzigen Falles erheblich variieren. Die Tuberkelknötchen sitzen entweder an den Gefäßen der intakten Pia oder sie heben sich als weiße oder gelbliche Pünktchen aus dem sulzigen, graugrünlichen Exsudat z. B. um das Miasma herum hervor; die luetische Leptomeningitis zeigt dagegen die Knötchen in der Umgebung der bereits stark veränderten verdickten Gefäße oder in der grauweißlich verdickten Pia. Daß die Differentialdiagnose u. U. sehr schwierig sein kann, ist nicht zu leugnen; absolut beweisend ist natürlich ein positiver Befund von Spirochäten (nach Levaditi): bei intensiver antiluetischer Behandlung können aber diese bereits abgetötet sein. Bemerkenswert ist, daß sich in den luetischen Fällen stets histologisch eine diffuse Arteriitis syphilitica (u. U. bis zur Obliteratur des Lumens ausgebildet) findet; auch die Knötchen selber zeigen histologisch gewisse Abweichungen, indem in den gummösen Herden meist Lymphoid- und Plasmazellen vorherrschen, Bindegewebsbildung regelmäßiger und reichlicher ist und viel weniger frische Exsudatzellen und Exsudat auftreten wie in Tuberkeln und in deren Umgebung. Die Wassermannsche Reaktion war in den drei Fällen negativ gewesen!

Prof. Dr. H. Merkel-Erlangen.

Die Verwendung von Azetonextrakten zur Serumdiagnostik der Syphilis. Von Prof. Dr. W. Kolle und Otto Stiner. Deutsche med. Wochenschrift; 1911, Nr. 88.

Die Verfasser haben auf Grund der Forschungen Jvar Bangs über die Lipoide ausgedehnte Versuche angestellt, in denen im Einklang mit den theoretischen Vorstellungen festgestellt wurde, daß das Azeton vorzüglich die für die Serumdiagnostik der Lues charakteristischen Lipoide zur Lösung bringt, im Gegensatz zum Alkohol, der mehr die Gesamtlipoide und weniger die für Lues charakteristischen Lipoide auszuziehen scheint. Es kann durch Verwendung von Azetonextrakten aus luetischer Leber die Wassermannsche Reaktion sehr erheblich empfindlicher gemacht werden; zugleich wird die Zuverlässigkeit erhöht und die Gefahr der Fehldiagnose bei Anwendung der Azetonmethode herabgesetzt, da die Grenzwerte der Hemmung, die die Extrakte mit normalem Serum einerseits und mit Luesserum anderseits ergaben, sich wie 9 : 1 verhalten, statt wie 2 : 1 oder 3 : 1 beim Gebrauch von alkoholischen bezw. wässerigen Extrakten. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Hautallergie bei Syphilis; ihre diagnostische und prognostische Bedeutung. Aus dem Rockefeller-Institute für Medical Research, Newyork. Von Prof. Dr. H. Nogouchi. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 45.

Verfasser konnte bei Studien über Hautallergie bei Syphilis aus seinem an einem Material von experimenteller Kaninchensyphilis und menschlicher Syphilis einerseits, von normalen oder nicht syphilitisch erkrankten Individuen als Kontrollversuchen anderseits gewonnenen Resultaten mit Deutlichkeit ersehen, daß man unter Anwendung reiner, durch eigene Kulturversuche von ihm gewonnener, Pallidasubstanz (das „Luetin") bei allen den Organismen, die längere Zeit hindurch der Einwirkung der Spirochäta pallida oder ihrer Stoffwechselprodukte ausgesetzt gewesen waren, eine deutliche, wohlcharakterisierte Hautreaktion (mit Induration, breitem Erythem und gelegentlicher Entwickelung steriler Pusteln) hervorbringen kann. Diese so erzielte Reaktion ist für Syphilis spezifisch und besonders wertvoll zur Diagnose der späteren Stadien der Syphilis, während die Wassermannsche Reaktion unschätzbar ist zur Diagnose der früheren Stadien der Syphilis. Wendet man beide Reaktionen, die Wassermannsche und Luetinreaktion an, so

kann man diagnostisch entschieden schärfer blicken und auch die Prognose gegebenenfalls genauer ermitteln. Jede der beiden Reaktionen bezieht sich aber auf verschiedene Krankheitszustände des syphilitischen Organismus.

Dr. Waibel-Kempten.

Hereditäre Syphilis und ihre Behandlung durch Arseno-Benzol (606). Von J. L. Bunsch, M. D., D. Sc., M. R. C. P., Physician to the skin-department, Queen's hospital for Children, London. The Practitioner; 1911, Nr. 517, Vol. 87, Nr. 1.

Hyde hat 2000 syphilitische Schwangerschaften gesammelt; in 30 °/o traten Aborte und Frühgeburten ein, weniger als 10 °/o der Kinder überlebten das erste Jahr, und zwar meist nur Brustkinder. — Wenn beide Eltern syphilitisch waren, ist die Morbidität des Kindes auf 92 °/o, die Mortalität auf 68,5 °/o zu schätzen; war die Mutter zur Zeit der Konzeption allein krank, so ist die Lebensgefahr des Kindes etwas geringer. Der Autor gibt die Sterblichkeit für solche Fälle auf 60 °/o, die Morbidität dagegen auf 80 °/o an.

Vom Salvarsan sagt Bunch: Wir haben in ihm ein wunderbares Mittel, das syphilitische Läsionen schnell beeinflußt, das bei Fällen, die gegen Hg resistent sind, vom größten Werte ist.

Dr. Mayer-Simmern.

Unsere bisherigen Erfahrungen mit Salvarsan. Aus der dermatologischen Universitätsklinik in Kiel. Von Prof. Dr. Viktor Klingmüller. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 41.

Verfasser faßt seine Erfahrungen, die er mit Salvarsan bei einer großen Zahl von Luespatienten (953) und in den verschiedensten Anwendungsformen machen konnte, folgendermaßen zusammen:

1. Salvarsan ist mit der entsprechenden Vorsicht angewandt, ein gefahrloses Mittel.
2. Es beseitigt im allgemeinen die Früherscheinungen der Lues schnell und setzt dadurch die Ansteckungsgefahr außerordentlich herab.
3. Die Dauerwirkung ist nicht sicher, so daß es sich empfiehlt, mehrere Einspritzungen zu geben oder mit Hg-Behandlung zu kombinieren.
4. Die intravenöse Einverleibung ist allen anderen bisherigen Methoden vorzuziehen.
5. Salvarsan ist eine außerordentlich wertvolle Ergänzung und Bereicherung unserer bisherigen Therapie, da es besonders auch bei jenen Fällen angewandt werden muß, welche Hg schlecht vertragen oder sich refraktär dagegen verhalten.
6. Salvarsan hat in den meisten Fällen die angenehme Nebenwirkung eines den Organismus kräftigenden Mittels (Roborans) im Gegensatz zum Quecksilber.
7. Je frischer die Syphilis ist, um so besser wirkt Salvarsan, je älter, um so weniger zuverlässig. Die heilende Wirkung ist in erster Linie hervorragend symptomatisch für alle Stadien und Formen der Syphilis, während die Dauerwirkung weniger zuverlässig ist, wahrscheinlich bei frischer Infektion bedeutend günstiger als bei älteren analog der Wirkung des Hg.

Dr. Waibel-Kempten.

Zur Blutuntersuchung und 606-Behandlung der Prostituierten. Von Prof. Dr. A. Neisser in Breslau. Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten; 1911, Bd. 12, Nr. 6.

Die Wassermannsche Reaktion ist für die Prostituiertenuntersuchung insofern von geringem Wert, als sie über die Natur einer zweifelhaften Veränderung keine sichere Auskunft zu geben vermag, sondern nur ganz allgemein feststellt, ob überhaupt in dem Körper der betreffenden Person irgendwo Syphilis vorhanden ist. Immerhin würde aber diese allgemeine Feststellung doch für die Beurteilung mancher Fälle von Nutzen sein. Sowohl im allgemeinen Interesse, als auch im Interesse der betreffenden Person würde die Feststellung einer vorausgegangenen syphilitischen Infektion deshalb liegen, weil sie den Anlaß zur Einleitung der Behandlung bilden kann.

Die Anwendung des Ehrlichschen Heilmittels hat für die Sanierung der Prostitution schon deshalb eine große Bedeutung, weil es wegen seiner schnellen und sicheren Wirksamkeit die Prostituierte sehr viel früher ihrer Gefährlichkeit für die Umgebung entkleidet, als es bei der Quecksilberbehandlung möglich war. Da das Ehrlichsche Mittel aber auch eine ausgesprochen entwicklungshemmende Wirkung auf die Spirochäten hat, können die im Körper der behandelten Prostituierten noch haftenden, nicht getöteten Spirochäten keine schädliche Wirkung weiterhin entfalten. Sowohl im allgemeinen, als auch im persönlichen Interesse der Prostituierten müßte man deshalb versuchen, sie möglichst dauernd unter 606-Wirkung zu halten.

Die 606-Behandlung würden sich die Prostituierten um so eher gefallen lassen können, als ja jeder längerer Krankenhausaufenthalt in Fortfall kommt. Außerdem ist der intravenöse und die von N. angewandte Salbeneinspritzung wenig schmerzhaft. Irgendwelche Gesundheitsstörungen hat N. bei seinem großen Material überhaupt noch nicht gesehen. Dr. Dohrn-Hannover.

Ueber Vorbeugungsmittel gegen venerische Erkrankungen. Von Dr. R. Kaufmann in Frankfurt a. M. Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten; 1911, Bd. 9, Nr. 5.

Einen gewissen Nutzen zur Verhütung der venerischen Infektion hat die Beschneidung, zum Teil schon deshalb, weil sie eine bessere Reinhaltung des Gliedes ermöglicht. Der Kondom bietet noch die relativ höchste Sicherheit. Immerhin sind auch hier Erkrankungen an der Wurzel des Gliedes und dem Hodensack möglich. Auch mit der Einträufelung von Silbereiweißlösungen wird viel erreicht, immerhin sind sie nicht ganz harmlos, weil sie zur Entwicklung von Reizkatarrhen Anlaß geben können.

Auf die Zusammenstellung, die als Material für Vorträge usw. gut benutzbar ist, sei hiermit besonders hingewiesen. Dr. Dohrn-Hannover.

---

c. Malaria.

Einheimische Malaria und ihre Bekämpfung. Von Prof. Dr. P. Mühlens in Hamburg. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1911, Nr. 13 und 14.

Zunächst zeigt Verfasser an der Hand einzelner Sammelforschungen, daß die einheimische Malaria in dem letzten Jahrzehnt und zwar namentlich in den Jahren 1901/02 und 1906/07 besonders in verschiedenen Gegenden Nordwest-Deutschlands wieder aufgetreten ist und zum Teil epidemischen Charakter angenommen hat. Größere Herde fanden sich vornehmlich in den Werftarbeiterhäusern in Bant, im Jeverland, im nördlichen Harlingerlande sowie im Arbeiterviertel T. bei E.

Da in ärztliche Behandlung sich nur wenige Leute begeben und die meisten sich selbst mit den wundersamsten Kuren behandeln, so werden nur wenige Fälle dem Arzt bekannt. Die Aufdeckung von Herden ist somit nur den fortgesetzten methodischen Blutuntersuchungen zu verdanken. Bei diesen hat sich die Dempwolffsche Tropfmethode gut bewährt; mit ihr gelang es, Parasiten oft noch dann nachzuweisen, wenn mit der Ausstreichmethode keine mehr gefunden wurden.

Bezüglich der Anophelesmücke bemerkt Verfasser, daß, wo Vieh ist, auch in den Marschen Nordwest-Deutschlands, zahlreiche solche Mücken vorkommen und zwar hauptsächlich in Rinder- und Schweineställen; sie hängen gern an Spinngeweben. Beobachtet wurde ferner, daß die Mücken auch in Ställen überwintern und vom Blut der Haustiere saugen. Letzteres hat Uhlenhuth an dem Mageninhalt der ihm vom Verfasser übersandten Mücken direkt festgestellt. Aber auch in den Wohnungen sind die Anopheles nicht selten, besonders in dunklen feuchten Zimmerecken und Klosetts.

Der Verlauf der Erkrankungsfälle war im allgemeinen ein milder. Die meisten erwiesen sich als Tertiana simplex oder duplex und nur einzelne als Quartana. Verschiedene Abbildungen typischer Parasitenformen von einheimischen Malariafällen sind der Abhandlung eingefügt.

Das wichtigste Bekämpfungsmittel bestand in systematischen Ermit-

teilungen und in der Behandlung aller mit Parasiten behafteten Leute. Seitdem vom preußischen und oldenburgischen Kultusministerium eine planmäßige Bekämpfung an einzelnen Orten beschlossen war, war die Behandlung und auch Chinin frei. Als außerordentlich wichtig erwiesen sich regelmäßige Blutkontrollen während der Nachbehandlung, indem so die Leute gefunden wurden, die Chinin nicht oder nur unvollkommen genommen hatten, sie kamen gleich wieder in Behandlung. So war es Verfasser gelungen, sämtliche bekannten Kranken in Bant usw. dauernd parasitenfrei zu machen und den Mücken ihre Infektionsquellen zu nehmen, so daß ein Rückgang stattfand von 158 Kranken im Jahre 1907 auf 1 im Jahre 1911. Um aber die Wirkung zu einer dauernden zu machen, müssen, da eingeschleppte Fälle wieder Anlaß zu neuen Ausbrüchen geben können, Meldepflicht und unentgeltliche Chininabgabe bestehen bleiben. Andere Bekämpfungsmaßnahmen von Mückenvertilgung etc. kamen nur in geringem Maße in Anwendung. Dr. Pachnio-Stralsund.

d. Pellagra.

Untersuchungen über das Blutserum der Pellagrösen. Von Dr. P. Rondoni-Florenz. La Sperimentale, Archivio di Biologia normale e patologica; 1911, Nr. 3.

Die Untersuchungen, die Verfasser in einer größeren Anzahl von Fällen anstellte, führten zu dem negativen Ergebnis, daß es bisher noch nicht möglich ist, eine spezifische Reaktion zwischen wässrigen Maisinfusionen und der Sera von Pellagrösen oder Maisessern nachzuweisen, und zwar weder mit der Methode der Präzipitation noch mit der der Komplementfixation. Die Sera geben zwar Niederschläge im Kontakt mit den Infusen, jedoch ist diese Erscheinung der Ausdruck einer allgemeinen biologischen Reaktion, vielleicht eines Prozesses der Präzipitation, wie er in ähnlicher Weise bei Kolloiden vorkommt. Die Reaktion der Komplementfixation zwischen Sera und alkoholischen Extrakten von verdorbenem Mais hat bisher noch keine brauchbaren Resultate ergeben, doch verdienen die Versuche nach dieser Richtung hin fortgesetzt zu werden. Dr. Solbrig-Arnsberg.

Einfluss der Maisernährung und des Sonnenlichts auf Mäuse in bezug auf die photodynamische Theorie der Pellagra. Von Dr. P. Rondoni-Florenz. La Sperimentale, Archivio di Biologra normale e patologica; 1911, Nr. 3.

Die neueste Theorie über die Aetiologie der Pellagra ist die photodynamische. Sie bringt zwar den Mais auch in Beziehung zu dieser Krankheit, läßt aber seine Qualität, ob gut oder verdorben, außer Betracht. Es wird vielmehr angenommen, daß unter dem Einfluß des Sonnenlichts die toxische Wirkung des Mais sich besonders entfaltet. Verschiedene Forscher, darunter namentlich Raubitschek, behaupten, daß die Pellagra bei den Maisessern dann auftritt oder sich verschlimmert, wenn die Arbeiter den Sonnenstrahlen besonders ausgesetzt sind, im Beginn des Sommers. Ebenso wurde festgestellt, daß Tiere, die dem Sonnenlicht ausgesetzt werden, bei Maisnahrung häufiger erkranken und sterben als solche, die bei gleicher Nahrung im Dunkeln gehalten werden. Diese letzten Feststellungen nachzuweisen, machte sich Verfasser zur Aufgabe Er benutzte 80 weiße Mäuse, die er in 4 Gruppen teilte, je nachdem sie im Sonnenlicht oder im Dunkeln gehalten und je nachdem sie mit gewöhnlicher Nahrung oder ausschließlich mit aus Mais bereitete Polenta ernährt wurden. Das Ergebnis seiner Untersuchungen war nicht das der oben erwähnten Forscher: Zwar war deutlich nachzuweisen, daß die Sterblichkeit bei Maisnahrung größer war, auch wenn der Mais vollkommen gesund war, auch starben von den Tieren mehr solche, die dem Licht ausgesetzt gewesen waren, jedoch war ein direkter Einfluß der Maisnahrung bei gleichzeitiger Einwirkung des Sonnenlichts nicht festzustellen. Verfasser hält seine Versuche indes noch nicht für abgeschlossen und will sie bei gegebener günstiger Gelegenheit fortsetzen. Dr. Solbrig-Arnsberg.

Die Pellagra als Volkskrankheit. Von Dr. Arnold Flinker-Czernowitz. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; Bd. 43, H. 2.

Die Pellagra, die in Italien, Oesterreich, Spanien, Frankreich und Rußland vorkommt, ist eine Volksseuche von sehr erheblicher Bedeutung; sterben

doch in Italien etwa 4000 Menschen an ihr bei etwa 60000 Pellagrösen. Die Frage nach der Aetiologie der Pellagra ist heute so weit gelöst, als man mit größter Wahrscheinlicheit anzunehmen berechtigt ist, daß die Erkrankung durch den normalen Maisfarbstoff hervorgerufen wird. Die toxische Wirkung dieses Maisfarbstoffes tritt unter dem Einfluß der Belichtung in Wirksamkeit, wie an Tierexperimenten bewiesen werden konnte. In den Vordergrund der Pellagrabekämpfung, die von der österreichischen Staatsverwaltung mit großen Mitteln betrieben wird, steht daher die Maßnahme, durch Bereitstellung anderweitiger ausreichender Nahrung den Maisgenuß in Pellagragebieten zu beseitigen oder doch möglichst einzuschränken. Dr. R. Mohrmannn-Stade.

2 Schulhygiene.

Die Ernährung des gesunden Schulkindes. Von Dr. M. Cohn-Breslau. Gesunde Jugend; 1911, Nr. 11/12.

Dem Verf. scheint es, als ob das Gebiet der Ernährung des gesunden Schulkindes wenig Beachtung fände, obwohl gerade dieses Gebiet von so enormer Wichtigkeit für die geistige Entwicklung des Kindes während der Schulzeit ist. Außerdem hat die moderne Kinderheilkunde neue wichtige und von den früheren Ansichten abweichende Meinungen und Lehrsätze aufgestellt. Schon die Frage, wieviel Nahrung soll man einem gesunden Schulkinde reichen, zeigt den klaffenden Unterschied zwischen den früher üblichen und den modernen Anschauungen. Ein normales Kind besitzt in dem Sättigungsgefühl ein Sicherheitsventil, das man nicht ungestraft ausschalten darf, während dem geistigabnormen Kinde dieses Gefühl fehlt. Eine zweite Frage: „Wie soll das Kind essen? Schnell oder langsam?" ist dahin zu beantworten: „Je nach der Eigenart des Kindes schnell oder langsam; wichtig ist nur, daß das Schulkind Zeit zur Nahrungsaufnahme hat". Eine dritte Frage ist: „Was soll das gesunde Schulkind essen?" Die Antwort lautet: „Dasselbe, was der gesunde Erwachsene zu sich nimmt". Natürlich wird die Lebensart der Bewohner der verschiedenen Länder, der Stand, die größere oder geringere Wohlhabenheit der Eltern, die Jahreszeit usw. von Einfluß auf die Art der Ernährung der Erwachsenen wie der Schulkinder sein und bleiben müssen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Schul- und Hausarbeit der dänischen Gymnasien. Von Prof. A. Heertel-Kopenhagen. Gesunde Jugend; 1911, Nr. 11/12.

Die Arbeit, die in unsern Schulen ausgeführt wird, ist zweifelsohne eine sehr bedeutende und übersteigt das Maß, das anderweitig für zulässig angesehen wird. Es würde sicher sehr lehrreich sein, wenn in verschiedenen Ländern ähnliche Untersuchungen vorgenommen werden könnten; denn selbst wenn auch die Ordnung der Schulen sowie die sozialen Verhältnisse recht verschieden sind, würde doch ohne Zweifel vieles an den Tag kommen, was von allgemeinem Interesse wäre und dazu beitragen könnte, größere Klarheit zu schaffen über die Forderungen, welche die körperliche Erziehung der Jugend zu stellen berechtigt ist, damit einmal die Möglichkeit einträfe, diesen Forderungen gerecht werden zu können. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Wie unsere Kinder schreiben? Von E. Kranzow, Handelslehrer in Stettin. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1911, Nr. 9.

Verfasser schiebt die Tatsachen, daß die meisten Kinder trotz größter Anstrengung nicht gut schreiben lernen, und daß die bisherige Methode des Schreibenlernens durch falsche Körperhaltung die bedenklichsten körperlichen Schädigungen zur Folge hat, nur auf eine falsche Handhaltnng. Mit Hilfe vieler Abbildungen und verschiedenster Schreibproben entwickelt Verfasser die notwendige richtige Handhaltung, die zu einer guten Handschrift und gesunder Körperhaltung führt. Dr. Solbrig-Arnsberg.

Verhütung und Bekämpfung der Skoliose im schulpflichtigen Alter. Von Dr. Robert Wildenrath in Lobberich. Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin und öffentl. Sanitätswesen; dritte Folge, XLI. Band, 1. Heft, Jahrgang 1911, 3. Heft.

Während man früher geneigt war, die bei den Schulkindern gefundenen Skoliosen bezüglich ihrer Entstehung zur Hauptsache auf die Schule zurückzuführen, erkannte man später, daß ein sehr großer Teil davon bereits im vorschulpflichtigen Alter festgestellt werden kann, sodaß die Schule von ihrer Schuld wesentlich entlastet wird. Jedoch läßt sich ein Teil der Wirbelsäulenverkrümmungen tatsächlich mit dem Schulbesuch in ätiologischen Konnex bringen; sie werden durch die skoliotische Haltung der Kinder bedingt, eine Ermüdungsstellung der Wirbelsäule, durch unzweckmäßige Schulbänke hervorgerufen. Es kommt also für die Schule darauf an, einmal durch sachgemäßen Turnunterricht die Muskulatur zu kräftigen, sodann den Schülern einwandfreie Sitzgelegenheiten zu beschaffen. In ersterer Beziehung werden, und zwar nicht nur für Knaben, sondern auch für Mädchen, neben Stab- und Hantelübungen geeignete Lauf- und Bewegungsspiele empfohlen; von der Teilnahme an ihnen sollten nur schwere Herz- Lungen- und Gelenkerkrankungen entbinden. Hinsichtlich der Bankfrage hat die Distanz erheblich an Bedeutung verloren; an ihrer Stelle wird jetzt auf einen richtigen Lehnenabstand das größte Gewicht gelegt, der etwas mehr als die Länge des Vorderarmes und zwar etwa 19 Prozent der Körperlänge des Schülers betragen soll. Als Banklehne ist allein eine leicht geneigte hohe Rückenlehne, die mindestens bis zu den Schulterblättern reicht und zur Stütze der physiologischen Lordose der Lendenwirbelsäule einen nach vorn vorspringenden Lendenwulst trägt, zu empfehlen. Zu dieser geneigten Rückenlehne gehört ein nach vorn etwas ansteigender oder ein ausgeschweifter Sitz. Zur Zeit ist die Rettig-Bank noch immer die allen Anforderungen am meisten gerecht werdende 2sitzige Schulbank. Als beste Schriftart kommt die Steilschrift in Frage; wird die Kurrentschrift beibehalten, so muß, zwecks Vermeidung einer Schiefhaltung des Kopfes, der untere Heftrand mit der hinteren Tischkante einen nach rechts offenen Winkel von etwa 30° bilden, da nur bei dieser Heftlage die Augenachse senkrecht zu den Grundstrichen steht und auf die Dauer ein Geradehalten des Kopfes möglich ist.

Als Vorbeugungs- bezw. Heilungsmaßnahmen für die leichten Verkrümmungsgrade kommen orthopädische Spielkurse, Klappsche Kriechübungen und Volkmanns schiefer Sitz in Betracht; ist die Verbiegung schon vorgeschritten (II. Grad), kann der Schularzt den Eltern nur empfehlen, ihr Kind sobald als möglich von einem Arzt (Orthopäden) behandeln zu lassen. Am Ende der Schulzeit ist es Aufgabe des Schularztes, Kinder mit Neigung zur Skoliose oder schon bestehender Skoliose von solchen Berufen tunlichst fernzuhalten, in denen eine ungünstige Körperhaltung nötig ist. Knaben ist der Beruf eines Schreiners, Schreibers, für Mädchen derjenige einer Näherin, Büglerin, Maschinenschreiberin usw. zu widerraten.

Dr. Hillenberg-Zeitz.

Sport und Schule. Ein Wort an die Unterrichtsbehörden. Von Dr. Ludwig Hofbauer-Wien. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1911, Nr. 11.

Um Sportschädigungen zu vermeiden und die Gesundheit der sporttreibenden Jugend fördern zu können, verlangt Verfasser, daß alle Lehrpersonen (Turn-, Fecht-, Schwimmlehrer, Trainer) durch Aerzte in Form von Lehrkursen nach dieser Richtung hin entsprechend belehrt werden. Verfasser hofft dadurch das Sportherz (als Folge der zu rasch ansteigenden Mehrleistung der Muskeln), das Lungenemphysem (Folge einer falsch veränderten Atemtechnik) vermeiden zu können. Anderseits ist beim Sport durch Atmung in richtig medizinischer Form eine erfolgreiche Verhütung, resp. Bekämpfung der Tuberkulose, eine Förderung des Stoffwechsels und der Ernährung zu erreichen.

Dr. Solbrig-Arnsberg.

Konservierende Behandlung der Zähne in den Schulzahnkliniken. Von Schulzahnarzt W. Hoffmann-Freiburg i./Br. Schulzahnpflege; 1911, Nr. 9.

Jeder Zahn soll erhalten werden, der, ohne sonstige Störungen hervorzurufen, seinen Beruf im Beiß- oder Kauakt erfüllen kann. Es treten vor allem die 6 Jahr-Molaren am meisten als kariös in Erscheinung. Sowohl in zehnjähriger eigener Praxis, als auch als Schulzahnarzt hat Verf. die Erfahrung

gemacht, daß sich nach Extraktion sämtlicher 4 kariöser Zähne die Mund-Kiefer- und Zahnverhältnisse außerordentlich verbessern. Natürlich ist es nicht gleichgültig, wann die Entfernung dieser Zähne erfolgt — man kann im Gegenteil durch frühzeitige Extraktion nur schaden —; der Zeitpunkt kurz vor dem Durchbrechen der zweiten Molarzähne ist der richtige. Durch die Entfernung der 6 Jahr-Molaren, natürlich nie der gesunden, werden durchaus normale Verhältnisse geschaffen. Eine konservierende Behandlung aller anderen bleibenden Zähne ist selbstverständlich. Unsere Zwecke erreicht man am ehesten da, wo die Behandlung in den Schulzahnkliniken nicht erst bei den schulpflichtigen Kindern, sondern bei den Kindern der Kleinkinderschulen beginnt. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Händereinigung der Schulkinder. Von Dr. Poelchau-Charlottenburg. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1911, Nr. 10.

Die Gelegenheit zum Händewaschen für Schulkinder ist noch sehr gering, trotzdem die hygienische und ästhetische Wichtigkeit der reinen Hände wohl allgemein anerkannt ist. Während an 216 Orten Deutschlands Schulbrausebäder vorhanden sind, gibt es nur an 78 Orten Wascheinrichtungen für mehrere Schüler gleichzeitig. Verfasser regt darum die Anlage solcher Einrichtungen an, die zum mindesten in allen Aborten, möglichst aber in allen Klassenzimmern anzubringen seien. Bei der schwierigen Frage der für Schulzwecke geeigneten Seife weist Verfasser auf seine Erfahrungen mit den durch Seifenlösung imprägnierten Loofahstücken hin, die auch eine mechanische Reinigung vorteilhaft mit der chemischen verbänden.

Dr. Solbrig-Arnsberg.

Ueber die Ausbildung von Volksschülern und Schülern höherer Lehranstalten in der ersten Hilfe bei Unglücksfällen. Von Dr. O. Markus-Frankfurt a. M., Schularzt. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1911, Nr. 9.

Verfasser hat schon mehrfach Schülergruppen im Alter von 14—15 Jahren als Nothelfer ausgebildet und zwar mit gutem Erfolge, der sich schon im praktischen Leben zeigte. Auch im Rettungsschwimmen wurden die zur Entlassung kommenden Schüler ausgebildet. Verfasser hofft durch Hineinziehen hygienischer Fragen in den Unterricht dem Kurpfuschertum erfolgreich entgegentreten zu können; er empfiehlt auch die Mädchenklassen des letzten Jahrgangs in Nothülfe und Krankenpflege einzuführen. Dr. Solbrig-Arnsberg.

Hygiene des Schulzimmers. Von Dr. Pudor-Leipzig. Fortschritte der Medizin; 1911, Nr. 29.

Verfasser stellt den Satz auf: „Los mit der Schule von der Stadt." Die Schulen sollen aufs Land, am besten in den Wald hineinverlegt werden, was bei den heutigen glänzenden Verkehrsmöglichkeiten sehr leicht auszuführen wäre. Der Gedanke hat gewiß viel Bestechendes für sich, aber Ref. glaubt nicht, daß er praktisch ausführbar ist. Die Entfernung spielt bei den Verkehrsmöglichkeiten der Großstadt allerdings keine Rolle, aber woher sollen speziell die Volksschulkinder das Geld nehmen, die die Benutzung der Elektrischen usw. kostet. Die weitere Anregung, den Wald und die Wiese durch Aufstellung von Blumen im Schulzimmer in die Schule hineinzubringen, ist eher durchzuführen, nur darf man auch darin nicht zu weit gehen. Z. B. dürften Schlingpflanzen vor den Fenstern nicht zweckmäßig sein, da sie das Licht wegnehmen, wie überhaupt die nächste Umgebung der Schule frei sein muß, damit das Licht ungehinderten Zutritt hat. Die vom Verfasser als Vorbild hingestellte Schule in Dropmore in England möchte Ref. nach seiner Schilderung nicht für das Ideal einer Schule halten. Ein einstöckiges Haus, dessen Dach bis tief auf die Fenster herabreicht, dessen Mauern dicht mit Schlinggewächsen bewachsen sind und das mitten in einem Park mit hohen Bäumen liegt, ist ja sehr idyllisch gelegen, kann aber alles andere, wie eine gute Schule sein.

Rpd. jun.

Mehr Schulzimmerhygiene. Von Dr E O. Rasser-Dresden. Gesunde Jugend; 1911, Nr. 11/12.

Die Bekämpfung des Hereinbringens von Schmutz durch gute Abstreich-

vorrichtungen und Pflege des Reinlichkeitssinnes — nicht zum wenigsten in bezug auf Kleidung ist für die Bekämpfung des Staubes in den Schulzimmern von größter Bedeutung! Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber die Hamburger Versuche zur Schulreinigungsfrage (Winter 1909/10). Von Dr. Trautmann und Dr. Hanne-Hamburg. Desinfektion; 1911, Nr. 6—8.

Die Verfasser berichten eingehend über ihre Versuche, deren Protokolle einzeln mitgeteilt werden und kommen zu den Schluß: 1. Die 4 geprüften Reinigungsverfahren sind für eine größere oder geringere Staubaufwirbelung während des normalen Schulverkehrs in den Klassen nahezu ohne Einfluß. Sie sind deshalb von diesem Gesichtspunkt aus so gut wie gleichartig. 2. Ob das eine oder andere der geprüften Reinigungsverfahren gewählt wird, ist für die Schüler von geringer Bedeutung, als für die reinigenden Beamten. 3. Vom hygienischen Standpunkt aus würde das Saugluftverfahren, darauf das Bindeöl-verfahren, beide unter Umständen mit kleinen Verbesserungen, dem Kopenhagener und Hamburger Verfahren vorzuziehen sein.

Der Ausschuß hatte nunmehr zu prüfen, wie sich die durch die technischen und hygienischen Vorarbeiten geschaffenen Grundlagen in Einklang bringen lassen mit den Bedürfnissen des Schulhauses? Das Ergebnis der gemeinsamen Beratung waren folgende Beschlüsse: 1. Der Oberschulbehörde zu empfehlen: a) von der weiteren Verwendung staubbindenden Oels abzusehen, b) für die Reinigung das Hamburger System weiter zu verwenden, die Tätigkeit der Schuldiener dabei aber im wesentlichen auf die Aufsichtsführung zu beschränken; 2. die Versuche mit Vakuumsaugapparaten fortzusetzen; 3. die Hauptkommission sowohl, wie die engere Kommission weiter bestehen zu lassen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Sollen wir die französischen Schulaborte einführen? Von Dr. Dreyfuß, Schularzt in Kaisarslautern. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1911, Nr. 10.

Verfasser hat in einem neuen Schulhaus in Paris eines der ältesten Abortsysteme wiedergefunden: eine saubere weiße Bodenplatte mit einer Oeffnung, die in einen mit beständiger Wasserspülung versehenen Syphon übergeht. Die Benutzung eines solchen Bodenklosetts geschieht im Hocken ohne Sitzunterlage, ist für Kinder durchaus bequem und macht eine Verunreinigung unmöglich, da eine Berührung von Körper und Sitzunterlage eben nicht stattfindet. Verfasser empfiehlt einen Versuch dieses Systems auch an deutschen Schulen. Dr. Solbrig-Arnsberg.

8. Krankenfürsorge.

Ein Beitrag zur Milchversorgung der Krankenhäuser und Heilanstalten. Von Dr. G. Kühl. Die Heilanstalt; 1911, Nr. 20.

1. Für die Milchlieferung kommen nur einwandsfreie landwirtschaftliche Betriebe in Betracht. Diese liefern direkt ohne Zwischenhandel und gestalten der Heilanstalt die Stallbesichtigung.

2. Kleinere Heilanstalten tun gut, die Stallbesichtigung von Zeit zu Zeit vorzunehmen, um bei Beanstandungen direkt vorstellig werden zu können.

3. Für größere Heilanstalten empfiehlt sich die bakteriologische Kontrolle, Prüfung auf Gasbildner: 10 ccm Milchzuckerbouillonagar werden mit 0,1 ccm Milch geimpft. Beobachtungsdauer 36 Stunden. Ist nach dieser Zeit der Nährboden zerklüftet, so sind zahlreiche Gasbildner vorhanden. Sind nur Gasblasen im Innern sichtbar, so sind die Gasbildner in geringerer Zahl zugegen. Die leicht ausführbare Bestimmung gibt einen sicheren Anhalt bei der Beurteilung.

Die direkte Lieferung ist deshalb zu empfehlen, weil der Keimgehalt der Milch sich beim Passieren verschiedener Gefäße bedeutend erhöht, da diese nicht steril sind. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Der Bau des Krankenhauses der Zukunft. Von Dr. Sternberg-Berlin. Prager med. Wochenschrift; 1911, Nr. 40.

Verfasser stellt folgende Grundsätze auf:

1. Für den Krankenhausbau ist der wichtigste Teil die Küche.

2. In Zukunft darf nicht mehr wie bisher das Operationshaus den Bau der Anstalt bestimmen. Vielmehr muß anstatt das Operationshauses das Kochhaus den Ausschlag geben für den Bau des Krankenhauses der Zukunft.

3. Die Küche hat in Anlage und Bau einen bevorzugten Platz zu beanspruchen.

4. Und das ist um so mehr der Fall, je größer die Zahl der Krankenbetten ist, und je umfangreicher das Gebäude der Anstalt sind.

Die zentrale Lage der Küche genügt nur für kleine Krankenhäuser. Soll ein größeres Krankenhaus in Zukunft allen berechtigten Anforderungen genügen, dann ist die Dezentralisation von mehreren Küchen das einzige Mittel für einen rationellen Betrieb. Rpd. jun.

Dreirädriges Motorfahrzeug (Cyklonette) für Krankenbeförderung. Von Dr. E. Joseph-Berlin. Aerztliche Polytechnik; 1911, Nr. 8.

Für den Krankentransport eignet sich die Cyklonette vor anderen Fahrzeugen in ganz besonderer Weise aus nachstehenden Gründen: Bei der Krankentransport Cyklonette befindet sich unterhalb der Karosserie nicht der geringste Maschinismus. II. Die Bauart der Krankentransportcyklonette ist eine sehr einfache. III. Die Beförderung mit der Krankentransportcyklonette ist für den Kranken weit angenehmer wie in den großen Fahrzeugen. IV. Die Ein- und Ausladung ist sehr einfach. V. Die Krankentransportcyklonette fährt infolge ihrer Konstruktion mit Leichtigkeit schlechte Wege, auch Sandwege, sie ist deswegen das beste Beförderungsmittel auf Chausseen und Landstraßen. VI. Die Anschaffungs- und Betriebskosten einer Krankentransportcyklonette sind gering. VII. Die Bedienung des Fahrzeuges ist eine sehr leichte.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

4. Irren- usw. Fürsorge.

Eine Inselanstalt für antisoziale schwachsinnige Männer. Von Prof. Chr. Keller-Brejning. Zeitschrift für die Erforschung des jugendlichen Schwachsinns; Bd. V, H. 1.

Eine Filiale der Kellerschen Anstalt in Brejning (Dänemark) wurde auf der Insel „Livö" in Limfjord gegründet. Sie bietet den Kranken Gelegenheit zu Land- und Forstwirtschaft, späterhin vielleicht auch zum Betrieb einer Ziegelei und zur Torffabrikation. Nur solche schwachsinnigen Männer werden auf der Insel untergebracht werden, deren Trieb zum Verbrechen und oft zum Vagabundieren so stark ist, daß sie in dem Rahmen der gewöhnlichen Anstalt nicht einigermaßen frei und nützlich leben können, sondern aus Gründen der Sicherheit in der Zelle oder geschlossenen Abteilung isoliert werden müssen. Ausgeschlossen von der Insel wurden die, glücklicherweise nicht zahlreichen, verbrecherisch veranlagten schwachsinnigen Männer, deren Zustand ein solcher ist, daß sie ständig im „festen Haus" eingesperrt gehalten werden müssen. Selbstverständlich wird die Inselanstalt mit mehreren Isolationsräumen versehen, jedoch nur zum vorübergehenden Gebrauch. — Wenn überhaupt, so gilt es hier, ein zuverlässiges gutgeschultes und wachsames Aufsichtspersonal zur Verfügung zu haben.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

5. Krüppelfürsorge.

Die Kostenfrage in der Krüppelfürsorge im Gesichtspunkt des öffentlichen Armenwesens. Von Dr. L. Rosenberg-Nürnberg. Zeitschrift für Krüppelfürsorge; 1911, H. 4.

Die Lehren, die sich aus der Statistik und aus dem Vergleiche der Anstaltsrundfrage mit den Erhebungen bei den Armenpflegen ergeben haben, lassen sich dahin zusammenfassen: 1. Die öffentliche Armenpflege hat bisher die Krüppel durchaus nicht in einer Weise versorgt, wie es den Forderungen einer rationellen Krüppelfürsorge entspricht. Viel zu häufig dagegen hat das Armenwesen seine Krüppel zu Zwecken der Versorgung (Sieche) untergebracht (30 % statt 6 %). Es muß deshalb in Zukunft das Augenmerk der Armenpflege vorzüglich darauf gerichtet sein, die ihr zugehenden Krüppel in größerem Umfange als bisher einer fachärztlichen Behandlung zuzuführen. 2. Die Unkosten

der Krüppelfürsorge sind nicht so groß, als man bisher angenommen hat. 3. Es ist in höherem Maße, als es bisher der Fall war, die Einrichtung von Beratungsstellen als selbständigen Organen oder im Anschluß an bestehende Krüppelheime anzustreben. 4. Es ist mit größten Nachdruck darnach zu trachten, daß eine gesetzliche Regelung der Versorgung Krüppelhafter im Rahmen der Armengesetzgebung zustande kommt. Dr. Wolf-Witzenhausen.

6. Aerzte.

Das Berufsgeheimnis des Arztes nach dem Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Von Gerichtsassessor Dr. O. Loening-Danzig. Reichs-Med.-Anzeiger; 1911, Nr. 19.

Der Verfasser stimmt im allgemeinen der Fassung des Vorentwurfs bei, will aber als Abs. 2 bei § 268 einfügen:

„Die Offenbarung ist insbesondere nicht unbefugt, wenn sie zur Abwendung von Gefahr für Leben und Gesundheit einer Person erfolgt."

Dr. Wolf-Witzenhausen.

7. Kurpfuscherei.

Die Wirksamkeit der Sympathiekuren. Von Gerichtsassessor Dr. Hellwig, Berlin-Friedenau. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Band 43, Heft 1 u. 2.

Verf. wendet sich gegen die von den Okkultisten vertretene Ansicht, daß sog. Sympathiekuren unbestreitbare Heilerfolge haben und daß diese erstaunlichen Kuren nicht nur durch Suggestion erklärt werden können; der Glaube an Sympathiekuren wird bedauerlicherweise auch von der orthodoxen Geistlichkeit und streng kirchlich gesinnten Leuten geteilt. (Gesundbeten.)

Dr. v. Mach-Bromberg.

Besprechungen.

Dr. W. Kolle, o. ö. Professor der Hygiene und Bakteriologie an der Universität und Direktor des Instituts zur Erforschung der Infektionskrankheiten in Bern und **Dr. H. Hetsch,** Stabsarzt in der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums in Berlin: **Die experimentelle Bakteriologie und die Infektionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Immunitätslehre.** Dritte erweiterte Auflage. Mit 98 mehrfarbigen Tafeln. 180 Abbildungen im Text und 10 Kartenskizzen. Zwei Bände. Berlin und Wien 1911. Verlag von Urban & Schwarzenberg. Preis des kompletten Werkes: broschiert 30 M. = 36 Kr., gebunden 34 M. = 40 Kr. 80 h.

Schon in dritter Auflage ist jetzt das bekannte Lehrbuch der Bakteriologie von Kolle und Hetsch erschienen, diesmal in zwei Bänden, was sich durch das starke Anwachsen des Werkes von 740 auf 968 Seiten als notwendig erwies. Die einzelnen Kapitel haben, dem schnellen Fortschreiten der Wissenschaft entsprechend, fast durchweg eine gründliche Umarbeitung erfahren. Vor allem trifft dies für das allgemeine Kapitel über die Protozoen zu. Neu hinzugekommen sind Kapitel über Anaphylaxie, Syphilis, Trichinosis und Filariosis sowie kürzere Abschnitte über die Darstellung von Serumpräparaten in der Praxis, die Chemotherapie, die Sporotrichosis und Blastomykose, epidemische Kinderlähmung, Pappatacifieber, Weilsche Krankheit, Trachom und Verruga peruviana.

Die Zahl der vortrefflichen Abbildungen hat sich gegen die zweite Auflage um 17 farbigen Tafeln, 114 Textabbildungen und 10 Kartenskizzen vermehrt.

Dem inneren Gehalt des Werkes hat die Verlagsbuchhandlung auch die äußere Ausstattung angepaßt. Welcher Wertschätzung sich übrigens das Werk bereits in der ganzen zivilisierten Welt erfreut, spricht sich auch in dem Umstand aus, daß von seiner zweiten Auflage Uebersetzungen in französischer, italienischer, spanischer und russischer Sprache erschienen sind.

Der den beiden ersten Auflagen beschiedene Erfolg wird sicher auch der dritten Auflage nicht fehlen. Prof. Dr. Lentz-Berlin.

Dr. med. et phil. F. Kanngiesser-Neuchâtel: **Vergiftungen durch Pflanzen und Pflanzenstoffe.** Ein Grundriß der vegetalen Toxikologie für praktische Aerzte, Apotheker und Botaniker. Jena 1910. Verlag von Gustav Fischer. 12°; 40 S. Preis: 1 Mark.

Derselbe: **Vergiftungen durch Tiere und animalische Stoffe.** Ein Grundriß der zoologischen Toxikologie für praktische Aerzte und Naturwissenschaften. Ebenda 1911. 12°; 49 S. Preis: 1 Mark.

Derselbe: **Die akuten Vergiftungen.** Ein Vademekum für die ärztliche Praxis. Ebenda 1911. 12°; 52 S. Preis: 1 Mark.

Drei kleine Büchlein, die mit knappen, klaren Worten einen ganz kurzen Ueberblick über die pflanzlichen, tierischen und akuten Vergiftungen geben. Im ersten Buch sind nach allgemeinen Bemerkungen über die vegetale Toxikologie die wichtigsten giftigen Pflanzen und ihre Medikamente nebst den Giftwirkungen kurz angegeben. In der zweiten Abhandlung sind in gleicher Weise die Vergiftungen durch Tiere und tierische Stoffe behandelt, anfangend bei den Protozoen bis hinauf zu den Schlangen. Auch Speisevergiftungen, Anaphylaxie usw. finden Erwähnung. In dem Vademekum werden nach einer Einleitung über Ursache, Diagnose und Therapie der akuten Vergiftungen diese im einzelnen besprochen. Ganz kurz sind dabei die wichtigsten Punkte über die Diagnose, Symptomatologie, den Sektionsbefund, die Therapie und den Nachweis der einzelnen Vergiftungen angegeben.

Die drei Bücher bringen in klarer, sachlicher Sprache kurz zusammengedrängt das Wichtigste über die Intoxikationen. Als Repetitorium und Vademekum sind sie sehr gut zu gebrauchen. Rpd. jun.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Binswanger-Jena und **Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling**-Kiel: **Lehrbuch der Psychiatrie** unter Mitwirkung von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Cramer-Göttingen, Geh. Hofrat Prof. Dr. Hoche-Freiburg, Prof. Dr. Westphal-Bonn u. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Wollenberg-Straßburg. III. vermehrte Auflage. Jena 1911. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°; 412 S. Preis: geh. 6 M., geb. 7 M.

Das Lehrbuch ist an dieser Stelle schon bei der I. und II. Auflage ausführlich besprochen und auf seine großen Vorzüge hingewiesen worden. Die einzelnen Abschnitte der neuen Auflage sind entsprechend den Fortschritten der Psychiatrie geändert und erweitert, jedoch unter Beibehaltung der bisherigen bewährten Einteilung. Die neue Auflage verdient somit in noch höherem Maße allseitige Anerkennung und weiteste Verbreitung als die früheren. Rpd. jun.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Goldscheider-Berlin: **Diagnostik der Krankheiten des Nervensystems.** Eine Anleitung zur Untersuchung Nervenkranker. IV. verbesserte und vermehrte Auflage. Herausgegeben unter Mitwirkung von Dr. Kroner-Schlachtensee. Mit 55 Abbildungen. Berlin 1911. Verlag von Fischers Medizinische Buchhandlung, H. Kornfeld. Gr. 8°; 288 S. Preis: 8 Mark.

Die neue Auflage der Diagnostik der Krankheiten des Nervensystems des bekannten Berliner Nervenarztes zeigt die gleiche Einteilung und Anordnung des Stoffes wie die früherenn, nur ist in den einzelnen Abschnitten den Fortschritten der medizinischen Wissenschaft Rechnung getragen. Einzelne kleinere Abschnitte, wie Hirnpunktion, sero-diagnostische Untersuchung, Untersuchung mit Röntgenstrahlen, sind neu hinzugekommen; außerdem sind in dem letzten Kapitel „Diagnose der Krankheiten“ verschiedene Krankheiten neu aufgenommen. Das Buch hat dadurch an Wert noch erheblich gewonnen und wird seiner Aufgabe in jeder Beziehung gerecht; es kann deshalb nur warm empfohlen werden. Rpd. jun.

Dr. Bernstein, Stabsarzt in Allenstein: **Die Berufskrankheiten der Land- und Forstarbeiter mit besonderer Berücksichtigung ihrer Berufshygiene.** Für Aerzte, Landwirte, Forstbeamte und Versicherungspraktiker. Stuttgart 1910. Verlag: Ferdinand Enke. 8°; 211 S. Pr.: 6 M.

In den heutigen Lehrbüchern der Gewerbekrankheiten sind die Land- und Forstarbeiter garnicht oder nur sehr unvollkommen berücksichtigt. Verfasser,

der als **Militärarzt** Gelegenheit hatte, Einblicke in die gesundheitlichen Verhältnisse der Landbevölkerung zu tun, und konstatieren mußte, daß sie bei manchen nicht so gut sind, wie vielfach angenommen wird — eine Beobachtung, die ihm jeder, der viel mit der Landbevölkerung in Berührung kommt, bestätigen wird — hat sich der dankenswerten Aufgabe unterzogen, diese Lücke in der Gewerbemedizin auszufüllen, eine Lücke, die sich nach dem Inkrafttreten der neuen Reichsversicherungsordnung sicher sehr fühlbar gemacht hätte. Er bespricht zuerst den Land- und Forstarbeiter im allgemeinen, seine Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse, seine Beziehungen zu Klima, Witterung und Boden. Dann wendet er sich der Art der Land- und Forstarbeiten und ihrer gesundheitlichen Gefahren zu, um dann schließlich zu den Krankheiten der Land- und Forstbarbeiter überzugehen. Ein Anhang enthält Unfallverhütungsvorschriften. Den Beschluß macht ein kurzes Sachregister. Als äußere Form in der Abhandlung des Stoffes hat Verfasser Vorlesungen gewählt, deren Inhalt klar und sachlich ist. Wenn das Buch auch noch nicht darauf Anspruch machen kann, das Gebiet erschöpfend behandelt zu haben, so gibt es doch einen sehr guten Ueberblick darüber und kann allen Beteiligten nur empfohlen werden.

Rpd. jun.

Tagesnachrichten.

Die neue **Deutsche Arzneitaxe für 1912,** die vom Bundesrat unter dem 14. Dezember v. J. genehmigt und nunmehr in allen deutschen Bundesstaaten eingeführt ist (in Preußen durch den Erlaß vom 22. Dezember v. J.), bringt in bezug auf die allgemeinen Vorschriften gar keine Aenderungen. Drei Mittel, und zwar lediglich Ersatzmittel für wortgeschützte Mittel, sind neu aufgenommen; bei etwa 400 haben Taxerhöhungen stattgefunden und zwar besonders bei den vegetabilischen Arzneimitteln, den Oelen, Spiritus-, Brom-, Morphium- und Quecksilberpräparaten; bei etwa 90 Preisermäßigungen.

Der am 11. v. M. in München abgehaltene **erweiterte Obermedizinalausschuß** hat unter Teilnahme des Staatsministers des Innern und unter dem Vorsitze des Ministerialrats im Staatsministerium des Innern, Prof. Dr. Dieudonné stattgefunden. Gegenstand der Tagesordnung war die **Vorbildung der Hebammen.** Der Ausschuß einigte sich auf bestimmte Leitsätze, von denen folgende allgemeines Interesse bieten: 1. Als Vorbildung für Hebammen sei der Nachweis einer guten Volksschulbildung als genügend zu erachten; es sei jedoch wünschenswert, daß auch Frauen mit höherer Bildung sich dem Hebammenberufe zuwenden. 2. Frauen, die sich zur Teilnahme an einem Hebammenlehrkurse melden, seien zunächst von dem zuständigen Bezirksarzt auf ihre körperliche und geistige Eignung zu prüfen. Die von den Bezirksärzten für tauglich erachteten und zum Lehrgange zugelassenen Bewerberinnen seien auch von den Lehrern der Hebammenschulen zu prüfen und im Zweifelsfalle nur auf Probe zu dem Lehrgang zuzulassen. 3. Der Lehrgang soll auf 9 Monate verlängert werden. In dem Unterrichte sollen die Hebammenschülerinnen auch über den Wert der natürlichen Ernährung, die Pflege des gesunden Säuglings und die rechtzeitige Erkennung von Gesundheitsstörungen der Säuglinge belehrt werden. 4. Zur Fortbildung sollen die Hebammen ohne Ausnahme alle 10 Jahre zu einem 14 tägigen Wiederholungslehrgang an die Hebammenschulen einberufen werden. (Münch. med. Wochenschrift.)

Massenvergiftung im Berliner Asyl für Obdachlose. In den letzten Tagen des Dezembers v. J. sind plötzlich im Berliner Asyl für Obdachlose eine verhältnismäßig große Zahl der dort Unterkunft suchenden Personen — bis jetzt im ganzen 161 — unter Erscheinungen erkrankt, die eine Vergiftung durch verdorbene Nahrungsmittel (es kamen besonders Bücklinge in Frage) vermuten ließen. Auch die amtlich angestellten Ermittelungen, sowie die Untersuchungen im Institut für Infektionskrankheiten und das Ergebnis der vorgenommenen Sektionen schienen diese Annahme zu bestätigen. Weitere Ermittelungen haben aber ergeben, daß es sich aller Wahrscheinlichkeit nach nur bei einem Teil der Erkrankungen um Botulismus gehandelt hat, während die anderen, und zwar

besonders die an den späteren Tagen aufgetretenen Fälle auf eine Vergiftung durch Genuß von billigem aus Methylalkohol ($^{2}/_{3}$) und Sprit ($^{1}/_{3}$) hergestellten Branntwein zurückzuführen sind. Auffallend ist, daß auch an anderen Stellen, an denen die aus derselben Firma mit Methylalkohol vermischte Getränke genossen sind, ebenfalls derartige Erkrankungen vorgekommen sind. Von den im Berliner Asyl erkrankten 161 Personen sind bis jetzt nicht weniger als 70, also fast 44 %, gestorben; ein ungemein hoher Prozentsatz.

Am 15. v. M. hat sich ein Deutsches National-Komitee für den in der zweiten Hälfte des September 1912 zu Washington stattfindenden **XV. Internationalen Kongress für Hygiene und Demographie** konstituiert. Zum Vorsitzenden wurde der Präsident des Kaiserlichen Gesundheitsamtes Dr. Bumm, zum Schriftführer Stabsarzt Dr. Hoffmann gewählt. — Anläßlich des Kongresses geht im Jahre 1912 die **ärztliche Studienreise** nach Amerika. Sie beginnt am 7. oder 8. September, ist auf 43 Tage berechnet und umfaßt außer der Anteilnahme am Kongreß einen Besuch interessanter Punkte Amerikas (u. a. eine Hudson-Fahrt, Besuch der Niagarafälle). Die Kosten sind auf 1700—2000 M. veranschlagt, von denen 200 M. bei der Anmeldung angezahlt werden müssen. Mit Rücksicht auf die kostspieligen Vorbereitungen ist für den Rücktritt von der Anteilnahme bis zum 1. Juni die Zahlung eines Reugeldes vorgesehen; bei Abmeldung nach dem 1. Juni verfällt der ganze Betrag der Anzahlung.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten sind in der Zeit vom 19. November bis 2. Dezember 1911 erkrankt (gestorben) an: Aussatz, Gelbfieber, Rückfallfieber, Fleckfieber, Pest, Cholera, Tollwut: —, (—); Pocken: 2, (2), 1 (—); Milzbrand: 4 (—), 3 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: — (—), 1 (—); Unterleibstyphus: 352 (54), 365 (34), Ruhr: 3 (1) 3 (1); Paratyphus: 2 (—), 3 (—); Diphtherie. 2574 (159). 2709 (169); Scharlach: 2268 (54), 2449 (104); Kindbettfieber: 133 (32), 121 (40); übertragbare Genickstarre: 3 (2), 3 (3); Fleisch- usw. -vergiftung: 6 (3), 1 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 181, 136; Tuberkulose (gestorben): 617, 599.

Pest und Cholera. In Aegypten betrug die Zahl der Erkrankungen (Todesfälle) an Pest in der Zeit vom 2.—15. Dezember v. J.: 21 (17); in Indien in den beiden Wochen vom 5. bis 18. November: 10213 (7659) und 9267 (7252).

An der **Cholera** sind in Ungarn vom 3. bis 16. Dezember 22 Personen erkrankt, in Kroatien-Slavonien vom 26. November bis 10. Dezember: 10. In Italien kamen in den beiden Wochen vom 26 November bis 9. Dezember nur noch 51 (34) und 27 (16), zusammen 78 (50) Fälle zur Anzeige, davon 69 (42) in der Provinz Girgenti, die jetzt allein nur noch in stärkerem Maße von der Seuche betroffen ist. Von der Türkei ist besonders Mekka noch verseucht (vom 27. November bis 3. Dezember: 193 Erkrankungen und 198 Todesfälle). In Malta sind vom 26. Novömber bis 16. Dezember nur noch 9 tödlich verlaufende Cholerafälle festgestellt.

Mitteilung für die preussischen Medizinalbeamten.

Das **Gesamtformular für den Jahresbericht** kann wie bisher von der Expedition der Zeitschrift — Hofbuchdruckerei von J. C. C. Bruns, Minden i. W. — zu dem früheren Preise bezogen werden.

Rpd.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 2. Ausgegeben am 20. Januar 1912.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,

Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 2.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Charakter als Geheimer Sanitätsrat: dem Prof. Dr. Bessel-Hagen in Charlottenburg und Prof. Dr. Georg Meyer in Berlin; — als Sanitätsrat dem Arzt Dr. Friedrich Spielhagen in Cronberg i. T.; — das Prädikat Professor: dem

wissenschaftlichen Mitgliede an der Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung Dr. Pritzkow und dem Assistenten am am anatomischen Institut der Universität Dr. Hein in Berlin, sowie dem Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Rammstedt in Münster; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: den Sanitätsräten Dr. Maiß in Hirschberg i. Sch. und Dr. Bockeroth in Seelow (Reg.-Bez. Frankfurt a. O.), dem außerordentl. Prof. Dr. Freund in Straßburg i. Els., dem prakt. Arzt Dr. Nolden in Köln a. Rh.; — der Kronenorden III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Krause in Halle a. S.; — das Kreuz der Komture des Königlichen Hausordens von Hohenzollern: Allerhöchst ihrem Leibarzt, Generalarzt Dr. v. Ilberg, Korpsarzt des Gardekorps.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung: der Königl. Bayer. Prinzregent Luitpold-Medaille in Bronze am Bande der Jubiläumsmedaille: dem Oberarzt Dr. Colin bei der Schutztruppe in Ostafrika, des Ritterkreuzes I. Kl. des Großherzogl. Badischen Ordens vom Zähringer Löwen: den Oberstabs- u. Regimentsärzten Dr. Uppenkamp und Dr. Krüger in Rastatt, Dr. Matthaei in Mühlhausen i. Els. und Dr. Hammer in Karlsruhe; des Ehrenkomturkreuzes des Großherzoglich Oldenburgischen Haus- und Verdienstordens des Herzogs Peter Friedrich Ludwig: dem Obergeneralarzt Dr. Hecker, Inspekteur der 4. Sanitäts-Inspektion in Berlin; des Ritterkreuzes des Königlich Schwedischen Nordsternordens: dem Oberstabs- u. Regimentsarzt Dr. Scholz-Sadebeck in Bromberg; des Großkomturkreuzes des Großherzoglich Mecklenburgischen Greifenordens: dem Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich, vortr. Rat im Ministerium des Innern; des Ritterkreuzes desselben Ordens: dem prakt. Arzt Dr. Margulies in Kolberg; des Donatkreuzes II. Klasse des Souveränen Malteser-Ritterordens: dem prakt. Arzt Dr. Heckel in Breslau; der Königlich Italienischen Medaille in Bronze: dem prakt. Arzt Dr. Eckstein in Berlin; des Ritterkreuzes des Königlich Spanischen Ordens Alfonsos XII.: dem prakt. Arzt Dr. Solms in Charlottenburg.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Menke in Tondern zum Kreisarzt des Kreisarztbezirks Lehe-Hadeln mit dem Amtssitz in Lehe und der prakt. Arzt Dr. Scheu in Heydekrug zum Kreisassistenzarzt unter Ueberweisung an den Kreisarzt in des Stadtkreises Königsberg i. Pr. und Uebertragung der Stelle des Assistenten bei der Königl. Impfanstalt in Königsberg.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Dörschlag in Strelno nach Bromberg und Kreisarzt Dr. Frank in Grimmen nach Bergen auf Rügen.

Ausgetreten aus dem Staatsdienst: Kreisarzt Dr. Schmidt in Bergen, behufs Uebertritts in den Kommunaldienst.

Gestorben: San.-Rat Dr. Fri ke in Werder bei Potsdam, Dr. Lange in Görlitz, San.-Rat Dr. Lehmann in Niemegk (Reg.-Bez. Potsdam), Dr. v. Karizewski in Kowanowko (Reg.-Bez. Posen), Geh. San.-Rat Dr. Rammstedt in Hamersleben (Reg.-Bez. Magdeburg), San.-Rat Dr. Erdmenger in Eisleben, San.-Rat Dr. Janßen in Waldfeucht (Reg.-Bez. Aachen), San.-Rat Dr. Wemhoff in Legden, Dr. Schmitz in Bochum, Geh. San.-Rat Dr. v. Weickhamm in Stettin, Dr. Hans Hammerstein in Berlin, Dr. Köppel in Ströbeck bei Halberstadt, San.-Rat Dr. Genrich in Brandenburg, Dr. Neumann in Grünberg, Dr. Kuhnast in Friedland i. Schlesien, Dr. Grospietsch in Liegnitz, San.-Rat Dr. Neber in Kellinghusen (Holtstein), San.-Rat Dr. Germelmann in Barsinghausen (Hannover), Dr. Krause in Sülzhain i. Harz, Dr. Esch in Köln, San.-Rat Dr. Scharfenberg in Primkenau (Reg.-Bez. Liegnitz), Geh. San.-Rat Dr. Weiss in Schömberg in Schlesien, San.-Rat Dr. Behrendt in Sayn bei Koblenz, Dr. Bab in Berlin, Dr. Paul Keller in Berlin, San.-Rat Dr. Georg Schlesinger in Charlottenburg, San.-Rat Dr. Wolf in Rheydt, San.-Rat Dr. Scheifes in Kempen, Dr. Freisel in Leschnitz (Schlesien), Dr. Vogeler in Monzingen (Reg.-Bez. Koblenz), Dr. Damm aus Halle a. S. in Bad Oeynhausen, Geh. San.-Rat Dr. Lohe in Wilhelmshaven, Geh. San.-Rat Dr. Bullermann in Moers, San.-Rat Dr. Erytropel in Stade.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen. Verliehen: der Titel und Rang eines Obermedizinalrates: dem Reg.- u. Med.-Rat bei der Regierung von Mittelfranken Dr. Bruchlocher in Ansbach; — der Rang und Titel eines Medizinalrates: den Bezirksärzten Dr. Bredauer in Wolfratshausen, Dr. Ritter u. Edler v. Dall'Armi in München, Dr. Herrmann in Germersheim, Dr. Federschmidt in Ansbach und Dr. Graßl in Kempten, den Landgerichtsärzten Dr. V. Erdt in München und dem a. o. Prof. Dr. J. Stumpf in Würzburg sowie dem Hausarzt bei dem Zuchthaus Straubing Bezirksarzt Dr. Held; — der Titel eines Medizinalrates: dem Direktor der Heil- u. Pflegeanstalt Egfing Dr. Vocke; — der Titel und Rang eines Hofrates: den prakt. Aerzten Dr. Ottmar Ammann und Dr. Schöner in München, Dr. Maul in Ingolstadt, Dr. Höß in Regen, Dr. Neumayer in Kaiserslautern, Dr. Dörfler in Regensburg, Dr. Cnopf in Nürnberg, Polizeiarzt Dr. Fritsch in Erlangen, Dr. Rösgen u. Bahnarzt Dr. Veltung in Würzburg, Polizeiarzt Dr. Schmidt in Augsburg, Dr. Schwarz in Memmingen und Dr. Rud. Schmidt in München; — der Titel und Rang eines außerordentlichen Professors: dem Privatdozenten der Zahnheilkunde Dr. Euler in Erlangen; — das Ehrenkreuz des Verdienstordens vom heiligen Michael: dem ord. Prof. Geh. Hofrat Dr. Max Hofmeier in Würzburg; — der Verdienstorden vom heiligen Michael III. Klasse: den ord. Professoren Dr. Lehmann und Dr. Boveri in Würzburg; — derselbe Orden IV. Kl. mit der Krone: den Professoren Dr. Heim und Dr. Specht in Erlangen.

Ernannt: a. o. Professor Hofrat Dr. O. Schultze in Würzburg zum ordentlichen Professor in der dortigen medizinischen Fakultät; zum Mitglied des Kreismedizinalauschusses für Oberfranken der Bezirksarzt Dr. Heißler in Bayreuth an Stelle des ausgeschiedenen Mitgliedes Med.-Rat Dr. Solbrig, Bezirksarzt a. D. in Bayreuth; Oberarzt Dr. Oetter in Ausbach zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Katzenberg; Anstaltsarzt Dr. Staatsmann in Emmendingen zum Bezirksarzt in Schoenau; Bezirksarzt Dr. Kiefer in Schoenau zum Anstaltsarzt bei der Heil- und Pflegeanstalt in Emmendingen.

Gestorben: Bezirksarzt a. D. Dr. Edenhofer in Regen, Geh. Sanitätsrat Dr. Friedr. Weltz, Dr. Alban Lutz und Hofrat Dr. Nentwig in München.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen; Der Titel Professor: den Aerzten Dr. Seidel in Oberspaar bei Meißen, Dr. Bretschel und Dr. Galewsky in Dresden; — das Ritterkreuz I. Kl. des Albrechtsordens: dem Med.-Rat Dr. Gölbert in Dresden.

Gestorben: Dr. Leopold und Dr. Rich. Brause in Dresden, Dr. W. Brühl in Kipsdorf, San.-Rat Dr. Engel in Freiberg, Dr. Kürzel in Crimmitschau.

Grossherzogtum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel außerordentlicher Professor: dem Privatdozenten Dr. W. Helpach in Karlsruhe.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Dreßler in Karlsruhe.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Dr. Rosam und Dr. Oettinger in Hamburg, San.-Rat Dr. Steinhort in Sternberg (Mecklenburg-Schwerin).

Erledigte Stellen.

Hilfsarztstelle im Hafenärztlichen Dienst zu Hamburg zum 1. März 1912. Das Gehalt beträgt 4000 M. jährlich bei vierteljährlicher Kündigung. Der Dienst wechselt zwischen Hamburg und Cuxhaven; für die Zeit der Tätigkeit in Cuxhaven wird eine tägliche Zulage von 5 M. gewährt. Ausübung von Privatpraxis ist nicht gestattet. Englische Sprachkenntnisse sind erforderlich, bakteriologische Kenntnisse und frühere Tätigkeit als Schiffsarzt erwünscht.

Bewerbungen sind unter Beifügung eines Lebenslaufes und etwaiger Zeugnisse an den Hafenarzt, Physikus Dr. Sannemann, Hamburg 9, unverzüglich einzureichen.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der **Verlagsbuchhandlung von Julius Springer in Berlin** über „Vier neue Bücher für die ärztliche Praxis“ bei, worauf wir besonders hinweisen.

Bei der Kgl. **Bakteriologischen Untersuchungsanstalt München** wird eine neue **Assistentenstelle** errichtet.

Die Stelle ist vorerst nicht etatsmäßig und mit einem Jahresgehalte von 3000 M. verbunden. Es ist vorbehaltlich der Genehmigung des Landtags in Aussicht genommen, die Stelle in eine etatsmäßige Stelle nach Klasse XII der Gehaltsordnung — Anfangsgehalt 3000 Mark mit dreijährigen Vorrückungen von je 500 M. bis zum Endgehalt von 6000 M. — umzuwandeln.

Gesuche um Verleihung der Stelle sind mit einem selbstgeschriebenen Lebenslaufe, einem Geburtszeugnis, einem Staatsangehörigkeitsausweis, dem ärztlichen Approbationszeugnis und dem Nachweise über wissenschaftliche Vorbildung und praktische Tätigkeit in der Bakteriologie und Hygiene bis längstens 15. Februar l. J. bei der Kgl. Bakteriologischen Untersuchungsanstalt in München, Schillerstraße 25 einzureichen.

Bewerber, die eine Bakteriologische Untersuchungsanstalt, wenn auch nur vertretungsweise, selbständig geleitet haben, erhalten den Vorzug.

25. Jahrg. **Zeitschrift** 1912.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von

Nachtrag.

Königreich Preussen.

Auszeichnungen. Verliehen: Der Rote Adlerorden II. Klasse mit Eichenlaub: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rubner in Berlin; — die Schleife zum Roten Adlerorden III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bonnet in Bonn; — der Rote Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: dem Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Abel, vortr. Rat im Ministerium des Innern, Geh. Med.-Rat Froelich, Hilfsarbeiter im Ministerium des Innern und Geh. San.-Rat Dr. Tamm in Berlin; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Reg.- und Med.-Rat Dr. de Barry in Metz, dem Kreisarzt Geh. Med.-Rat Dr. Picht in Nienburg, den Med.-Räten Dr. Braeutigam in Königsberg (Neumark), Dr. Heermann in Bitterfeld, Dr. Mühlenbach in Wohlau, Dr. Nünninghof in Bielefeld und Dr. Schneider in Gelsenkirchen, den Geh. San.-Räten Dr. Kroner und Dr. Schlötke in Berlin, Dr. Weiß in Metz und Dr. Ruckert in Lilienthal (Kr. Osterode), den San.-Räten Dr. Dressen in Aachen, Dr. Ehrhardt in Landsberg (Kr. Delitzsch), Dr. Hoepner in Charlottenburg, Dr. Meller in Elberfeld, Dr. Rehm inRauschenberg (Kr. Kirchhain), Dr. Stumpf in Zeitz; — der Kronenorden II. Kl. mit dem Stern: dem Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Gaffky in Berlin; — der Kronenorden III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Dr Finger in Berlin, vortr. Rat im Ministerium des Innern, dem Reg.- u. Med.-Rat Geh. Med.-Rat Dr. Krummacher in Münster, Geh. Med.-Rat Dr. Ruge in Berlin, den Geh. San.-Räten Dr. Emmerich in Berlin und Dr. Stratmann in Wald (Landkr. Solingen).

mögliche Uebertragung von echten Pocken direkt auf das Kalb zu allgemeiner Kenntnis in fachwissenschaftlichen Kreisen zu bringen, als einerseits die Auffassung, daß die Uebertragung echter Pocken auf das Kalb mit dem Kaninchen als Zwischenwirt größere Aussicht auf Erfolg verspreche, auch bei den Vorstehern der deutschen Impfinstitute mehr und mehr in den letzten Jahren Eingang gefunden hat,[1]) während anderseits französische

[1]) Freyer ist im Jahresbericht der deutschen Impfanstalten von 1909 der Ansicht, daß mindestens eine zweimalige Passage durch das Kaninchen erforderlich sei, um eine gute Haftfähigkeit auf dem Kalbe zu garantieren.



Jahrg. **Zeitschrift** 1912.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 2.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Jan.

Ueber einen Fall von erfolgreicher Variolaübertragung direkt auf das Kalb.

Von Kreisassistenzarzt Dr. H. Wittich, Assistent der Königl. Impfanstalt zu Cassel (Vorsteher Dr. R. Meder-Cassel).

Als eine hochvirulente Lymphe, die besonders dazu berufen und geeignet ist, als Stammlymphe zu dienen, ist die Variolavakzine zu bezeichnen, die, wie ihr Name sagt, von einem an echten Pocken erkrankten, nicht bereits durch Schutzimpfung immunisierten Menschen gewonnen wird, und deren Umzüchtungsprodukt auf dem direkt infizierten Kalbe nach mehrfacher Passage durch das Kalb den kräftigsten Impfschutz zu verleihen imstande ist.

Man ist gewohnt, das Gelingen einer derartigen direkten Uebertragung immer noch als einen ausserordentlichen Erfolg anzusehen. Um so mehr liegt Veranlassung vor, eine jede erfolgreiche Uebertragung von echten Pocken direkt auf das Kalb zu allgemeiner Kenntnis in fachwissenschaftlichen Kreisen zu bringen, als einerseits die Auffassung, daß die Uebertragung echter Pocken auf das Kalb mit dem Kaninchen als Zwischenwirt größere Aussicht auf Erfolg verspreche, auch bei den Vorstehern der deutschen Impfinstitute mehr und mehr in den letzten Jahren Eingang gefunden hat,[1]) während anderseits französische

[1]) Freyer ist im Jahresbericht der deutschen Impfanstalten von 1909 der Ansicht, daß mindestens eine zweimalige Passage durch das Kaninchen erforderlich sei, um eine gute Haftfähigkeit auf dem Kalbe zu garantieren.

Autoren, unter ihnen Kelsch, Teissier und Camus[1]), sogar die Möglichkeit der direkten Uebertragung auf das Kalb in Frage ziehen und die von Stumpf-München, Freyer-Stettin, Mewius-Oppeln und Voigt-Hamburg berichteten Fälle gelungener Uebertragungen sich als Stallinfektion zu deuten für berechtigt halten auf Grund der Tatsache, daß sie bei leeren Impfschnitten, die nur mit Glyzerin vorgenommen wurden, ebenfalls kleine Pusteln bekamen.

Unter diesen Umständen kann es nur erwünscht sein, die Kautelen, unter denen weitere gelungene Versuche zustande gekommen sind, zunächst kritisch zu beleuchten und zugleich den Nachweis einer einwandsfreien Gewinnung von Variolavakzine zu erbringen.

Inzwischen liegt übrigens ein weiterer gelungener Versuch von Meder-Köln vor, ferner zwei geglückte Versuche aus den Tropen von Stabsarzt Wünn-Mpapua und Oberarzt Jungels-Mahenge, deren Verfahren allerdings unter den schwierigen Verhältnissen in unseren afrikanischen Kolonien Mängel aufweisen muß, die einer strengeren Kritik nicht standhalten können.

Um nun möglichst nach einheitlichen Gesichtspunkten bei der Gewinnung von Variolavakzine zu arbeiten, hatte eine Kommission deutscher Impfanstaltsleiter folgende Gesichtspunkte zwecks einwandsfreier Gewinnung von Variolavakzine gelegentlich ihrer Besprechung am 1. Oktober 1910 als wichtig bezeichnet:

1. Pockenmaterial zwecks Uebertragung auf Tiere möglichst nur Variola vera Erkrankten, also möglichst noch nicht geimpften Personen zu entnehmen.

2. Die Versuche der Variolaübertragung außerhalb der Impfanstalten erfolgen zu lassen.

3. Die bei den Versuchen notwendigen Eingriffe am Tierkörper von Personen ausführen zu lassen, die zu dieser Zeit außerhalb des Betriebs der Impfanstalten stehen, wie auch das Einreiben von Variolastoff in die Haut eines Tieres unter Verwendung von Gummihandschuhen erfolgen soll.

4. Schließlich sollen selbstverständlich die bei den Versuchen benutzten Gegenstände durch Wasserdampf bezw. im Heißluftsterilisator sterilisiert werden.

Da die weiteren Vereinbarungen sich mit der Vorbereitung des an den Erkrankungsort eines Pockenkranken zu verbringenden Kaninchens, mit der Art des Transports des daselbst geimpften Tieres und mit dem Zeitpunkt der Weiterimpfung der abgekratzten Borken vom getöteten Kaninchen beschäftigen, so war auch die Kommission offenbar der Meinung, daß die möglichst mehrfache Einschaltung eines Kaninchens zum Zweck der Anzüchtung eines neuen Variolavakzinestammes praktisch der gangbarste Weg sei, da eine verhältnismäßig große Zahl von mißglückten Versuchen der direkten Uebertragung auf das Kalb — es war allerdings vielfach die Pockenlymphe erst wochenlang abgelagert worden — den oben angeführten wenigen gelungenen Fällen gegenübersteht.

Die Uebertragung von Pockenstoff auf das Kaninchen hat

---

[1]) Contribution a l'étude de la Variola-Vaccine. Journal de Phys. et de Path. genérale; September 1910.

ja unzweifelhaft den großen Vorzug, daß man den Pustelinhalt echter Pocken eben am Erkrankungsort, also zeitlich sofort, auf das Versuchstier bringen kann, während ein Kalb bisher aus äußeren Gründen noch nicht in die Nähe des Kranken zum Zwecke der direkten Uebertragung gebracht werden konnte. Die kürzeste Frist zwischen Abnahme und Verimpfung des Pockenstoffs auf das Kalb erreichten Meder-Cöln, der ihn innerhalb desselben Tages auf das Kalb zu übertragen Gelegenheit hatte, und Stumpf-München, der von seinm Perlacher Fall nach 17 Stunden eine Uebertragung vornehmen konnte. Stumpf vertritt auf Grund dieses Falles die Ansicht, daß eine möglichst unverzügliche Verimpfung des Blatternstoffes vorzunehmen sei, und zwar z. Z. des Beginns der Eruption bei klarem oder nur leicht getrübtem Bläscheninhalt, da ihn Uebertragungsversuche aus späteren Stadien mit ähnlichen Zwischenräumen zwischen Abnahme und Impfung teils mangels Erfolges überhaupt nicht, teils infolge teilweise eitrigen Inhalts — neben silberweißen Pusteln — nur z. T. befriedigten.

Der Pockenfall, der nach tel. Rücksprache mit dem Leiter des Fuldaer Krankenhauses sich als zur Abnahme geeignet vermuten ließ, betraf einen 51 jährigen Desinfektor H., der im Jahre 1860 (im 1. Lebensjahr) einmal geimpft sein sollte — Impfnarben waren an den Armen allerdings nicht zu konstatieren —, der aber, da ein Impfgesetz zur Zeit seines Schulbesuches noch nicht bestand, einer Wiederimpfung nicht unterzogen war und auch als Nichtsoldat eine weitere Impfung nicht erfahren hatte. Ich besuchte ihn am 5. Mai 1911 — $3^1/_2$ Wochen zuvor, am 10. April, hatte er eine Desinfektion wegen Pocken vorgenommen —; er befand sich am 10. Tage der schweren Erkrankung; die erste Bläscheneruption im Gesicht war am 29. April bereits erfolgt. Er war über und über von einem perlmutterglänzenden Bläschenausschlag bedeckt, der am Gesicht in eine eiternde Form überging, während besonders dicht am Hals, an den Handgelenken, an der Bauchhaut und an den Ober- und Unterschenkeln Bläschenentwickelung vorhanden war; an den Handgelenken lagen Wachsperlen an Wachsperlen und bildeten einen breiten Perlenring um diese. Ich entnahm das Material diesen perlmutterglänzenden Bläschen teils am Handgelenk, teils am Oberschenkel; ihr Inhalt war nur leicht getrübt und ließ sich auch ohne Saugvorrichtung in Kapillaren in geringer Menge aufsaugen. Die mit Siegellack verschlossenen Kapillaren wurden in einem Abteil des Transportkäfigs aufbewahrt, der die zwei mitgeführten Kaninchen nach ihrer Impfung wieder aufnahm. Bei dem einen wurde die Haut der rasierten Rückenfläche mit Schmirgelpapier rauh gemacht und dann mit sterilen Gummihandschuhen in die gesetzten Verwundungen Impfstoff durch Verreiben hineingebracht, während ich bei dem anderen mit der sterilen Impflanzette ebenfalls sofort durch Impfstiche die Uebertragung vornahm. Der Transport ging in dem gründlich desinfizierten mit Segeltuch überspanntem Transportkäfig ohne weitere besondere Maßnahmen vor sich.

Der Inhalt der Kapillaren wurde am anderen Morgen um 10 Uhr — 18 Stunden nach Abnahme — mit einfachem sterilen Skapell unverdünnt auf das Kalb Nr. 59 gebracht, das sofort in unseren noch nicht benutzten, mit Vakzine überhaupt noch nicht in Berührung gekommenen Isolierstall der neuen Anstalt, der sich in einem besonderen Gebäude befindet, eingestellt worden war. Ich selbst und ein Wärter kamen von nun an mit der Hauptanstalt, deren Betrieb jetzt in den Händen des Vorstehers allein lag, nicht mehr in Berührung. Auf das peinlichste wurde unter Verwendung von aseptischen Instrumenten, Gummihandschuhen usw. alles vermieden, was auch nur den Verdacht der Möglichkeit einer Vakzineübertragung hätte erwecken können.

Während die Schnitte für Gesicht und Gefühl nicht ganz verschwanden, lagen Anzeichen für eine Pustelbildung zunächst nicht vor. Auch das eine mit Stichelung geimpfte Kaninchen blieb offenbar reaktionslos, während der Borkenüberzug des zweiten Kaninchens noch zweifelhaft erscheinen konnte. Am 10. Mai wurde dann dieses Kaninchen getötet und von dem von der Rückenhaut abgenommenen Geschabsel unter Zusatz von etwas Glyzerinwasser durch Verreiben im sterilen Mörser soviel Impfstoff gewonnen, daß er zur Impfung eines weiteren Kalbes ausreichen konnte. Da jedoch unser Isolierstall nur einen Stand enthielt, ein weiteres Kalb somit vorläufig nicht untergebracht werden konnte, zugleich aber der vom Kaninchen gewonnene Stoff direkt auf ein Kalb gebracht werden sollte, so wurde das geimpfte Kalb, bei dem am Beginn des 6. Tages nur eine ganz umschriebene Reaktion, von der ich gleich sprechen werde, bestand, mit der Lapine beschickt. Es fiel nämlich in der Nähe des Nabels eine mit einer Borke bedeckte Stelle auf, die etwa $^1/_2$ cm im Durchmesser maß und zunächst mehr den Eindruck einer Verletzungsborke machte, wie sie nach dem Rasieren gelegentlich entsteht. Indessen belehrte uns bereits der nächste Tag, daß es sich um ein mit Borke bedecktes pustelartiges Gebilde handelte, das sich langsam vergrößerte und nach Entfernung der Borke unzweideutigen Pustelcharakter bekam. Nun ereignete sich das Auffällige, daß während nicht ein einziger der mit der Lapine erzeugten Striche anging — ich hatte dieselben schräg zu den mit direkt übertragenem Pockenmaterial gemachten Strichen gestellt — zwei dieser Striche von je 5 cm Länge zu jeder Seite der Pustel angingen und eine etwas schmalere, aber deutliche, perlmutterglänzende Pustelentwicklung zeigten. Es konnte nun nach dem ganzen Lageverhältnis der Pusteln und ihrem charakteristischen mit der ersten Pustel übereinstimmenden Aussehen mangels jeglichen Reizes an den übrigen Schnitten gefolgert werden, daß infolge der in der Nähe der ersten Pustel frisch gesetzten Verletzungen der Epidermis, sich von dieser aus die beiden Striche frisch infiziert hatten.

Da nun die ursprüngliche Pustel am 13. Mai zurückzugehen anfing und die daneben gelegenen Striche sich inzwischen genügend breit entwickelt hatten, wurde das gesamte Material ab-

Zu dem Artikel von Kreisassistenzarzt Dr. H. Wittich in Cassel:

Ueber einen Fall von erfolgreicher Variolaübertragung direkt auf das Kalb.



Kalb 71; 3. Generation der Variolavakzine am 6. Tage nach der Abimpfung.



genommen, mit gleichen Teilen Glyzerinwasser verrieben und danach sofort im Kühlhaus bei + 2° Cels. aufbewahrt.

In einem Kontrollversuch wurde das Kalb Nr. 59 noch mit einer kräftigen Kälbervakzine geimpft, wobei sich absolute Immunität gegen das Vakzinevirus herausstellte.

Die Versuche von Camus gaben dann zu einem weiteren Kontrollversuch Veranlassung, indem ein anderes Kalb in den ohne Desinfizientien gereinigten Variolastall eingestellt wurde, in der üblichen Weise, jedoch nur mit Glyzerinwasser, geimpft wurde und danach auf den nicht besonders gereinigten Lattenrost zu liegen kam. Es wies während der nächsten 14 Tage auch nicht die geringsten Spuren irgendwelcher Reaktion auf, die mit einer Variola oder Vakzineinfektion in Beziehung zu bringen gewesen wären; dementsprechend zeigte es sich auch bei einer späteren Vakzineübertragung nicht immun, sondern es kam hierbei zu einer kräftigen Pustelentwicklung.

Die am 13. Mai von Kalb 59 erhaltene Lymphe wurde am 27. Mai mit vollem Erfolg auf Kalb 64 übertragen; bei der Abnahme am 2. Juni 1911 erhielten wir 29 g Rohstoff, der mit gleichen Teilen Glyzerinwasser verdünnt und gründlich verrieben wiederum ins Kühlhaus wanderte. Ein Teil dieser Ernte wurde dem Kalb 68 eingeimpft, das Resultat am 23. Juni waren 44 g Rohstoff; in der dritten Generation auf Kalb 70 und 71 am 1. September erhielten wir 32 und 27 g Stammlymphe. Von Kalb 71, also der dritten Generation, deren Glyzerinwasserverdünnung nach einigen Wochen Lagerns bereits mit sehr gutem Erfolge auf den kindlichen Arm — es handelte sich um breite derbe Pusteln ohne umgebende entzündliche Reaktion — gebracht wurde, liegt eine photographische Wiedergabe vor (s. Abbildung 1), die die kräftige Entwicklung der Pusteln aufs schönste illustriert.

Die dritte Fortzüchtung des Variolastammes würde also etwa folgendermaßen zu charakterisieren sein: Es handelt sich um eine Lymphe, deren beginnende Reaktion wesentlich später einsetzt wie animal fortgezüchtete Lymphe oder Retrovakzine; erst am vierten Tage, also 24 Stunden später wie gewöhnlich, setzt langsam eine Bläschenbildung ein, was bei gleichzeitig mit Variolavakzine aufgebrachten guten Lymphesorten auffallend zutage tritt. Die Lymphe braucht volle 6 Tage zur Reifung, die perlmutterglänzenden breiten Pusteln sind ohne jede entzündliche Reaktion der Umgebung. Beim Abkratzen am getöteten Tier müssen sie aus der Tiefe herausgeholt werden (s. Abbildung 2) und sind dabei vollkommen derb und fest. Erfahrungsgemäß läßt sich solche Lymphe sehr lange Zeit aufbewahren ohne ihre Virulenz einzubüßen; sie läßt auch wiederholte weitere Tierpassagen zu, ohne zu degenerieren.

Wenn ich nun noch einmal kurz zusammenfassend anführen soll, was für die gelungene Uebertragung der Variola günstig war, so ist es erstens die Schwere der Erkrankung bei einem vor 50 Jahren geimpften Manne, dessen damaliger Impferfolg

bei dem Mangel an Impfnarben mindestens als zweifelhaft gelten muß, die Abnahme des Pustelinhalts zu einem Zeitpunkt, wo er nur leicht getrübt war, drittens die verhältnismäßig schnelle Uebertragung des Impfstoffes auf das Kalb, nach etwa 18 Stunden. Ferner waren alle Bedingungen erfüllt, welche die Möglichkeit einer Stallvakzineinfektion ausschlossen, als da sind: Bisher noch nicht benutzter Isolierstall mit ganz neu gestrichenem, seit 2 Jahren nicht benutztem Impftisch, Ausschaltung der bedem Uebertragungsversuch tätigen Personen vom allgemeinen Impfbetrieb und Durchführung aller in Frage kommenden Desinfektionsmaßnahmen, wie Verwendung von sterilen Mänteln, Gummihandschuhen, aseptischen Instrumenten und Mörsern.

Sodann muß es, wenn eine nach den Zeichnungen im Journal de Physiologie et de Pathologie Seite 752 als abortiv zu betrachtende und in mehrfachen Stadien sich zeigende Pustelbildung das Resultat einer zufälligen Vakzinestallinfektion ist, doch sehr zweifelhaft erscheinen, ob es je gelingen würde, nach 3 Kälberpassagen auf einem mit dem letzten Produkt geimpften Säugling derartig kräftige charakteristische Pusteln zu erzeugen, wie es bei unserer Beobachtung der Fall war. Vielmehr spricht die Tatsache, daß die Pustel bei dem ersten Uebertragungsversuch sehr spät, erst am 6. Tage auftrat und am 8. Tage zur langsamen Reifung gelangte, sowie daß auch bei der fortgezüchteten Lymphe noch volle 6 Tage zur Reifung nötig waren, während die einmal fortgezüchtete Vakzine bereits 24 Stunden früher reift, dafür, daß — zumal bei dem Ausschluß jeder anderen Uebertragungsmöglichkeit — echte Variola zur Vakzine umgewandelt worden ist, daß es das Umwandlungsprodukt Variolavakzine selbst ist, das schon in geringster Menge die Immunisierung des Kalbes gegen animal fortgezüchtete Vakzine vermocht hat. So erblicken wir in diesem Versuch auch von neuem einen Beweis dafür, daß Variola und Vakzine unter günstigen Voraussetzungen — in letzter Hinsicht bliebe die zeitlich direkte Uebertragung auf das Kalb noch zu wünschen übrig — ineinander übergeführt werden können, und wenn auch eine geringe Empfänglichkeit bei dem Kalb von vornherein angenommen werden muß, so schließt die immerhin erreichbare Haftung des Virus, die von der Immunität gegen Vakzine gefolgt ist, die Notwendigkeit der Annahme eines gemeinsamen Erregers bezw. einer gemeinsamen Krankheitsursache in sich.

Die Massenvergiftungen in Berlin zu Ende des Jahres 1911.[1]

Von Geh. Med.-Rat Dr. Nesemann, Reg.- u. Med.-Rat in Berlin.

Ganz im Nordosten Berlins liegt das große städtische Obdach, das Asyl für Obdachlose, in dem in den letzten Wochen des verflossenen Jahres täglich über 4000 der vielen Obdach-

[1]) Eine kurze Notiz über diese Vergiftungen findet sich schon in Nr. 1 dieser Zeitschrift, S. 35.

losen der großen Stadt für die Nacht eine Unterkunft fanden. Das Obdach wird täglich um 5 Uhr geöffnet, die Aufgenommenen erhalten abends eine warme Suppe nebst 200 g Brot und dürfen bis zum nächsten Morgen um 6 Uhr im Asyl bleiben, nachdem sie vor ihrer Entlassung wieder warme Suppe nebst 200 g Brot erhalten haben.

Unter diesen Asylisten ereignete sich zur Weihnachtszeit eine erschütternde Katastrophe.

Schon am 24. Dezember war unter ihnen ein plötzlicher Todesfall vorgekommen, dem am 26. früh zwei weitere gefolgt waren, ohne daß diese Vorkommnisse in Anbetracht der dem Schnapsgenusse meist in hohem Grade ergebenen Leute Anlaß zu besonderer Beunruhigung geboten hätten. Eine solche trat erst ein, als nach Wiedereröffnung des Obdachs am Abend des 26. Dezembers unter den Asylisten einige schwerkranke Männer festgestellt wurden und sich weitere in den nächsten Stunden meldeten. Alle boten ein Bild schwersten Leidens; sie klagten über Schwindel, Flimmern vor den Augen, Sehstörungen, die sich bei einzelnen bis zu völliger Blindheit steigerten, großes allgemeines Krankheits- und Schwächegefühl und Schmerzen im Magen. Schon im Obdach wurden bei den Kranken fast ausnahmslos stark erweiterte, lichtstarre Pupillen und krampfartige Zusammenziehungen des Körpers beobachtet.[1])

Da sich die Erkrankungen immer mehr häuften und bei drei der Kranken ganz plötzlich der Tod eingetreten war, erfolgte schleunigste Ueberführung der Kranken in ein Krankenhaus; jedoch schon auf dem Transport verstarben einige von ihnen. Die rätselhaften Erkrankungen und Todesfälle hatten bei dem Vorstande des Obdachs die Befürchtung erweckt, daß es sich um eine Infektionskrankheit handeln könne, und ihn veranlaßt, die Asylisten am Morgen des 26. nicht zu entlassen, sondern den Tag über im Obdach zu behalten.

Als am 27.: 39, am 28.: 33 und am 29.: 27 neue Erkrankungen den städtischen Krankenanstalten zugeführt werden mußten und das große Sterben in so grausiger Weise sich äußerte, daß am 26.: 8, am 27.: 28 und am 28.: 17 Todesfälle zu verzeichnen waren, da drohte die im Asyl erklärlicherweise vorhandene Panik sich auf die ganze Stadt auszubreiten. Dazu kam, daß auch eine Person tot, eine andere sterbend auf der Straße gefunden wurde und zwei andere im Stadtvoigtei-Gefängnisse starben.

Nach dem ganzen Auftreten und dem Verlaufe der Erkrankungen kam für die Sanitätspolizei der Verdacht einer In-

---

[1]) Ueber die hochinteressanten klinischen Beobachtungen zu berichten, ist hier nicht der Ort; es wird darüber sicher von zuständiger anderer Seite in den Fachschriften berichtet werden. Nur so viel sei gesagt, daß der Tod bei den meisten Erkrankten schon am ersten Krankheitstage, bei einigen am zweiten, bei wenigen später eintrat, oft plötzlich, nachdem sie sich kurz vorher noch verhältnismäßig wohl gefühlt hatten. Die Erweiterungen und Starre der Pupillen trat meist kurz vor dem Ende ein. Die Genesenden trugen teilweise Sehschwäche, in wenigen Fällen sogar völlige Erblindung davon.

fektionskrankheit nicht in Betracht;[1]) es konnte sich vielmehr nur um eine Massenvergiftung handeln, als deren naheliegende Ursache der Genuß verdorbener oder verfälschter Nahrungs- oder Genußmittel in Frage kam. Die Quelle der Vergiftungen konnte nur außerhalb des Obdachs liegen, da eine Anzahl der Asylisten schon krank in das Obdach kamen. Der Symptomen-Komplex, die terminale Asphyxie und Herzlähmung, besonders aber die bei allen Erkrankungen beobachtete Erweiterung und Starre der Pupillen konnten nach den bisherigen in Deutschland vorliegenden Erfahrungen und nach Lage der Sache nur auf eine einzige Krankheit bezogen werden, auf den Botulismus.[2])

Dazu kam, daß nach den von der Kriminalpolizei vorgenommenen Ermittelungen viele Asylisten teils noch kurz vor ihrem Tode ausgesagt hatten, daß sie kurz vorher geräucherte Fische, besonders Bücklinge, genossen hatten, die sie teils von einem im Asyl unter denselben Erscheinungen verstorbenen Händler, teils von einem anderen Händler in der Nähe des Obdachs für einen so abnormen billigen Preis gekauft hatten, daß es sich nur um verdächtige Ware handeln konnte.

Der Verdacht auf Botulismus als Ursache der Erkrankungen wurde noch verstärkt, als im Institut für Infektionskrankheiten die Tierversuche den Mageninhalt und das Blutserum einer der betreffenden Leichen als stark giftig wirkend erwiesen hatten, das Gift bei den mit Antibotulismus-Serum geimpften Tieren aber unwirksam blieb.

Demgegenüber mußte geltend gemacht werden, daß viele der erkrankten Asylisten in Abrede stellten, überhaupt Fische genossen zu haben, und daß die Untersuchung der beschlagnahmten Fischreste und sonst in Betracht zu ziehenden Nahrungsmittel im Institut für Infektionskrankheiten deren Ungiftigkeit ergab.

Die polizeilichen Ermittelungen hatten sich auch von vornherein nicht in einer einzigen Richtung bewegt. Es war aufgefallen, daß nur Männer erkrankt waren, und zwar nur solche, die das Asyl aufgesucht hatten. Es wurde ferner festgestellt, daß diese Personen eine in der Nähe des Obdachs belegene Schankstätte frequentiert hatten. Dort wurden von der Kriminalpolizei außer Proben von Lebensmitteln auch Schnapsproben zur Untersuchung entnommen.

In diesen Schnapsproben wurde nun in der mit dem Polizei-Präsidium verbundenen staatlichen Untersuchungsanstalt zur Untersuchung von Nahrungs- und Genußmitteln Methyl-Alkohol gefunden. Damit erhielten die Ermittelungen über die Ursachen

[1]) Auch die schon am 27. Dezember vorgenommene gerichtsärztliche Obduktion einer der Leichen, sowie die von seiten des Instituts für Infektionskrankheiten vorgenommene bakteriologische Untersuchung des Leichenmaterials ergaben die Grundlosigkeit des Verdachts auf Vorhandensein einer Infektionskrankheit.

[2]) Siehe auch: Fleischvergiftungen und Paratyphus-Infektionen von Stabsarzt Dr. E. Huebner in Berlin; Januar 1910. Verlag von Gustav Fischer. S. 133 (Botulismus).

der ominösen Erkrankungen sofort eine andere, bestimmte Richtung. Es wurde festgestellt, daß sowohl der Wirt des oben genannten Lokals, als einige andere Gastwirte, in deren Lokalen die Asylisten zu verkehren pflegten, zur Herstellung ihrer Schnäpse Sprit von ein und demselben Drogisten bezogen hatten. Die bei dem Drogisten vorgenommene Haussuchung ergab dann, daß er große Quantitäten Methyl-Alkohol aus einer chemischen Fabrik bezogen hatte. Er gestand bei seiner Verhaftung schließlich auch ein, eine Mischung von zwei Dritteln Methyl-Alkohol und einem Drittel Sprit vertrieben und auch an die genannten Gastwirtschaften, deren sofortige Schließung durch die Polizei erfolgte, verkauft zu haben. Mit der Feststellung dieser Tatsache mußte naturgemäß die Frage entstehen, ob denn der Genuß von Methyl-Alkohol und auch von methylalkoholhaltigen Schnäpsen[1]) imstande sei, so furchtbare Vergiftungserscheinungen hervorzurufen wie im vorliegenden Falle. In Deutschland waren tödliche Vergiftungen durch Methylalkohol bisher nicht bekannt. Es ließ sich indessen aus der Literatur feststellen, daß in anderen Ländern, besonders in Amerika,[2]) in Ungarn und Rußland tödliche Massenvergiftungen vorgekommen sind, die auf den Genuß von methylalkoholhaltigen Getränken zurückzuführen waren. Es ergab sich auch, daß die bei den Vergiftungen in Amerika beobachteten Symptome,[3]) besonders die Sehstörungen mit teilweise nachfolgender Erblindung, die Erweiterung und Starre der Pupillen, die Lähmung der Atmung, dieselben waren, wie sie bei den jetzigen Vergiftungen beobachtet wurden. Da auch die im ganzen negativen Ergebnisse von 30 Obduktionen, die auf eine Lähmung des Atmungszentrums, eine Erstickung, hinwiesen, der Annahme einer Methyl-Alkoholvergiftung nicht widersprechen, in einzelnen Organen der Leichen vielmehr Methyl-Alkohol oder dessen Umwandlungsprodukt, die Ameisensäure, nachgewiesen wurde, konnte es wohl kaum einem Zweifel mehr unterliegen, daß die Ursache der Vergiftungen gefunden war.

Dazu mehrten sich die Hinweise auf frühere Angaben in der Literatur über die Vergiftung mittels Methylalkohols, namentlich auch über die infolge der Vergiftung entstehenden Sehstörungen.[4]) Es kamen Mitteilungen aus Leipzig, daß 4 Personen

---

[1]) Wenn die Angaben des Drogisten über den Methylalkohol-Gehalt des von ihm verkauften Sprits zutreffend sind, dann müßte der genossene Schnaps ca. 20 Volum-Prozente Methylalkohol enthalten haben, doch wird der verkaufte Sprit wohl noch einen höheren Methylalkohol-Gehalt gehabt haben oder gar reiner Methylalkohol gewesen sein.

[2]) Lehrbuch der Intoxikationen von Dr. Rudolf Kobert, Kaiserl. Russ. Staatsrat, ordentlicher Professor für Pharmakologie und physiologische Chemie der Universität Rostok. Zweite Auflage. Stuttgart 1906. Verlag von Ferdinand Enke. 2. Bd., S. 660 ff.

[3]) Kobert, l. c. S. 662.

[4]) Ueber Intoxikationsamblyopien vom sanitätspolizeilichen Standpunkte. Von Sanitätsrat Dr. Ohlemann in Wiesbaden. Zeitschr. für Med.-Beamte, 1903, Heft 4. Siehe ferner Pharmazeutische Zentralhalle für Deutschland; herausgegeben von Dr. A. Schneider. 52. Jahrgang, 1911, Nr. 13 und Nr. 33.

nach dem Genusse von Punsch, der mit fast reinem Methyl-Alkohol enthaltenden „Spiritogen“ zubereitet war, gestorben waren, sowie aus Blumenthal (Reg.-Bez. Stade), wo im Mai v. J. 2 Personen nach dem Genusse von methylalkoholhaltigem Likör gestorben, zwei andere schwer erkrankt waren. Sogar aus Slavonien kam von einem höheren Forstbeamten eine Mitteilung, daß dort sowie in den angrenzenden ungarischen Bezirken vor einiger Zeit 154 Todesfälle infolge des Genusses von methylalkoholhaltigem Schnaps vorgekommen seien.

Die kriminellen Ermittelungen in Berlin und den Vororten ergaben schließlich noch, daß im Laufe des Jahres vorgekommene plötzliche Todesfälle, die auf andere Ursachen bezogen waren, tatsächlich auf Methyl-Alkohol zurückzuführen waren.

Es bleibt noch zu erwähnen, daß die Zahl der aus den Krankenhäusern gemeldeten Erkrankungen am 29. noch 37, die der Todesfälle nur 8 betrug, am 30. und 31. Dezember sowie am 1. Januar 1912 die Zahl der Erkrankungen auf je 13, 7 und 3, die der Todesfälle auf je 1, 3 und 1 sank und später keine Fälle mehr gemeldet wurden.[1] [2]

Von den Krankenanstalten sind im ganzen 141 Erkrankungen mit 66 Todesfällen gemeldet, außerhalb des Krankenhauses sind noch 4 Todesfälle vorgekommen; sämtliche Fälle betrafen aber im Obdach verkehrende männliche Personen.

Die Lehren aus dem geschilderten furchtbaren Ereignis werden hoffentlich gewissenlose und gemeingefährliche Personen zurückhalten, von neuem Methyl-Alkohol zu Genußzwecken in Verkehr zu bringen. Gefährlich erweist sich der Methyl-Alkohel indessen auch in äußerer Anwendung, so als Zusatz zu kosmetischen Haarmitteln und Einreibungen, sowie bei seiner Verwendung in der Industrie wegen seiner giftigen Dämpfe.

Jedenfalls wird es sich für die Zukunft empfehlen, bei rätselhaften Todesfällen, namentlich solchen, die unter den geschilderten Symptome stattfinden, und bei plötzlichen Sehstörungen (Amblyopien) oder Erblindungen nachzuforschen, ob nicht ein unheilvoller Zusammenhang mit Methyl-Alkohol sich feststellen läßt, namentlich auch, ob sich dieser nicht unter irgendwelchen Phantasienamen verbirgt.

---

[1] Unter den am 29. Dezember als erkrankt Aufgenommenen befanden sich viele, bei denen eine Methylalkoholvergiftung wohl nicht in Frage kam. Das Sinken der Todesfälle setzte schon am 29. Dezember ein, während die verdächtigen Schanklokale erst teils am 30. mittags, teils am 31. geschlossen wurden. Es ist daher anzunehmen, daß die in Betracht kommenden Schankwirte den verdächtiger Schnaps nicht mehr ausschenkten, als die Katastrophe hereingebrochen war und sie stutzig machte.

[2] Nach Abschluß dieses Artikels sind noch einige verdächtige Erkrankungs- und Todesfälle in Berlin vorg[illegible] deren Ursache noch nicht völlig geklärt ist.

Aus der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde der Universität Berlin. Direktor Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Straßmann.

Die Massenerkrankung unter den Besuchern des Berliner Asyls für Obdachlose.

Von Dr. L. Bürger, Assistent und Laboratoriumsleiter.

Das Interesse für die Vergiftung im Berliner Asyl für Obdachlose ist für die Medizinalbeamten ein so großes, daß es wohl keiner Begründung bedarf, wenn ich an dieser Stelle schon heute vor Abschluß der endgültigen Untersuchung über den Verlauf der Vergiftuug und speziell über den Leichenbefund kurz berichte.

Es liegen mir im ganzen 32 Sektionsergebnisse vor. 10 von diesen Leichenöffnungen habe ich selbst, teils als gerichtlicher Obduzent, teils in unserer Anstalt ausgeführt.

Der erste Todesfall, der vielleicht bereits der Massenerkrankung zugerechnet werden muß, ereignete sich am Nachmittag des 24. Dezember. Es war im Asyl für Obdachlose ein Mann anscheinend betrunken eingeliefert worden, der kurz darauf starb. Dieses Ereignis erregte ebenso wenig einen besonderen Verdacht wie der Tod zweier weiterer Personen, die am 26. Dezember starben. Der plötzliche Tod eines der 4000 Menschen, welche die Nacht im Asyl zuzubringen pflegen, ist eben ein ganz gewöhnliches Ereignis. Meist finden wir später bei der Leichenöffnung, daß eine Gehirnblutung, ein epileptischer Anfall, eine Lungenentzündung etc., dem Leben ein Ende gemacht hat.

Als aber am Abend des 26. Dezember und in der Nacht zum 27. Dezember eine ganze Reihe männlicher Personen unter fast völlig übereinstimmenden Erscheinungen erkrankten, kam der Verdacht einer Vergiftung auf. Die Kranken wurden sofort dem Krankenhaus Friedrichshain überwiesen; der eine von ihnen starb bereits auf dem Transport, mehrere andere bald nach der Einlieferung.

Dem leitenden Arzte des Obdachts war es aufgefallen, daß fast alle Erkrankten weite und lichtstarre Pupillen hatten. Er dachte zunächst, es handle sich um eine Vergiftung durch Schnaps, dem Belladonna oder etwas Aehnliches zugesetzt sei. Außer diesen Augensymptomen fand sich bei vielen Kranken Erbrechen, Leibschmerz, Zyanose des Gesichts, Bewußtlosigkeit, dagegen kein Durchfall.

Da eine ganze Reihe der Betroffenen angab, daß sie Bücklinge gegessen hätten, auf die sie die Erkrankung zurückführten, und da außerdem bekannt wurde, daß einer der ebenfalls erkrankten Asylisten entgegen der Hausordnung nachts zu einem ganz besonders billigen Preise Bücklinge verkauft hatte, so neigte man bald mehr der Ansicht zu, daß eine Nahrungsmittelvergiftung durch Bücklinge vorliege.

Als dann aber einige der Erkrankten bestimmt angaben, daß sie keine Bücklinge gegessen hätten, und als die Zahl der

Erkrankungen am 27. Dez. im Laufe des Nachmittags auf 32 und die Zahl der Todesfälle auf 16 stieg, mußte man nach einer anderen Ursache suchen. Im Volke redete man bald von einer Metallvergiftung, entstanden durch Bereitung der Abendsuppe in kupfernen Kesseln, bald von einer Vergiftung durch Margarine, die zur Herstellung der Abendmahlzeit benutzt sein sollte.

Im Asyl selbst dachte man, da die Erkrankung rasch um sich griff, und immer neue Opfer erforderte, nicht mehr an eine Vergiftung, sondern an eine Epidemie, speziell an Cholera.

In dieser Annahme wurde man noch dadurch bestärkt, daß auch außerhalb des Asyls plötzliche Todesfälle vorkamen. So wurde ein 30jähriger Mann R. B., der sich in einem guten Ernährungszustande befand, mittags 11 Uhr in einem Hausflur tot aufgefunden. Ganz auffällig rasch war bei diesem Kranken die Totenstarre eingetreten. Als man ihn fand, war er schon vollständig starr.

Wegen des Verdachtes einer Epidemie wurde daher das Asyl geschlossen und alle Vorbereitungen wurden getroffen, um die Ausbreitung der eventl. Epidemie zu verhindern.

Da es den Aerzten nicht gelang aus dem klinischen Bilde die Diagnose zu stellen, und eine Epidemie mit Sicherheit auszuschließen, wurde noch am Abend des 27. Dezember 1911 auf Veranlassung der Staatsanwaltschaft durch die Gerichtsärzte Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Straßmann und Med.-Rat Dr. Hoffmann, die Leiche des bereits oben erwähnten Bücklingsverkäufers V., geb. am 13. Juni 1876, in Gegenwart des Prof. Dr. Lenz, Abteilungsleiter am Institut für Infektionskrankheiten, und des zuständigen Kreisarztes Dr. Hüttig geöffnet. V. gehörte zu den zuerst Erkrankten und war im Krankenhaus Friedrichshain bald nach der Einlieferung gestorben.

Die Leichenöffnung ergab keinen charakteristischen Befund. Es fand sich: „Bläulich rote Farbe des Gesichts und der Bindehäute, hellrote Farbe der Weichteile Schädeldecke, in denen sich auch einzelne kleine Blutaustretungen fanden, auffallender Blutreichtum der Blutleiter, des Gehirns, der Hirnhäute und des Gehirns selbst, ein Oedem der weichen Hirnhaut im hinteren Abschnitt und flüssige Beschaffenheit des Herzblutes. Die Magenschleimhaut war geschwollen und zeigte hier und da Schleimauflagerungen. In der ebenfalls geschwollenen Dünndarmschleimhaut sah man vereinzelte Blutungen von 1—1½ cm Durchmesser. Hier und da war im Dickdarm etwas blutiger Schleim; seine Schleimhaut war auf der Höhe der Falten stark gerötet.

Auf Grund dieses Sektionsbefundes und der sofort bei der Leichenöffnung vorgenommenen bakteriologischen Untersuchung konnten sowohl Cholera als auch eine Metallvergiftung ausgeschlossen werden. Das Asyl für Obdachlose wurde daher wieder geöffnet.

Dagegen war es nicht möglich, auf Grund des makro-

skopischen Befundes und der mikroskopischen Untersuchung die Frage zu entscheiden, ob Botulismus vorlag oder nicht. Denn wie wir noch später sehen werden, ist der Sektionsbefund bei dieser Erkrankung absolut uncharakteristisch und kann sehr wohl das oben beschriebene Bild bieten. Die Gerichtsärzte gaben deshalb ihr vorläufiges Gutachten dahin ab, daß die Leichenöffnung eine bestimmte Todesursache nicht ergeben habe, daß aber der Befund der Annahme nicht widerspreche, daß ein Fall von Botulismus vorliege. Ein endgültiges Gutachten mußte man sich vorbehalten, bis das Ergebnis der chemischen und bakteriologischen Untersuchung und speziell der Tierversuche bekannt war, die im Institut für Infektionskrankheiten ausgeführt wurden.

Da die mit dem Mageninhalt der Leiche behandelten Versuchstiere unter botulismusähnlichen Erscheinungen erkrankten und da besonders die serologischen Untersuchungen durch Geheimrat von Wassermann Anhaltspunkte für Botulismus ergaben, so nahm man Botulismus als wahrscheinlich an und beschuldigte wiederum die Bücklinge.

Wenn in einer Notiz zu der Arbeit des Privatdozenten Dr. Pinkus (Medizinische Klinik; 1912, Nr. 1, Seite 44) angegeben wird, „der Bücklingsgenuß in der Nacht könne für die Diagnose Botulismus nicht verwendet werden, da zum Ausbruche dieser Vergiftung viele Stunden Inkubationszeit erforderlich seien,“ so muß ich bemerken, daß das nicht zutrifft. Wir wissen vielmehr von früheren Epidemien her, daß sich bei einem Teil der Erkrankten schon fast beim Verlassen des Mahles Uebelkeit, Erbrechen, cholikartige Schmerzen etc. einstellten (vergl. z. B. die Originalarbeit von van Ermengem), was auch bei einem Teil der von mir im Frühjahr v. J. untersuchten Botulismusfälle und bei einigen von mir mit Botulismus vergifteten Tieren der Fall gewesen ist. In den meisten Fällen tritt allerdings die Erkrankung erst nach einer gewissen Inkubationszeit von etwa 20—24 Stunden ein. Erschwert wurde die Diagnose noch dadurch, daß das klinische Bild beim Botulismus und bei der in Frage stehenden Massenerkrankung mancherlei Aehnlichkeit zeigt. Ganz wie bei der Asylkrankheit können auch beim Botulismus zu Beginn Erscheinungen eines akuten Magen- und Darmkatarrhs vorliegen. Hier wie dort finden wir Amblyopie, Trockenheit im Halse und Konstriktionsgefühl, ferner Pupillenerweiterung, Lichtstarre der Pupillen, intensive Störungen der Herzinnervation, kleinen unregelmäßigen beschleunigten Puls, Kollaps, dyspnoische Anfälle, Reizerscheinungen der Schleimhäute und der Luftwege etc.

Die Schwierigkeit, aus dem klinischen Bilde der Diagnose zu stellen, waren also recht erheblich. Das Fehlen der charakteristischen Augenmuskellähmungen konnte die Beteiligten nicht auf die richtige Bahn lenken; denn man wußte von den im Jahre 1895 und später beobachteten Epidemien

her, daß diese für Botulismus charakteristischen Erscheinungen vielfach erst 36—48 Stunden und noch später nach dem Genuß des vergifteten Schinkens auftreten. Aber nicht nur der klinische, sondern auch der Leichenbefund bei den Asylisten glich dem bei Botulismusfällen beschriebenen.

Wie bei den oben mitgeteilten Leichenöffnungen waren auch bei den s. Zt. z. B. 1895 am Botulismus Gestorbenen keinerlei charakteristische Veränderungen der Organe vorhanden. Es fanden sich Oedem, Hyperaemie und Ekchymosen der Hirnhäute und des Gehirns, auffallender Schleim in den oberen Luftwegen und Rötung ihrer Schleimhaut etc.

Auch bei den folgenden Sektionen fanden sich keine charakteristischen Erscheinungen. Auffallend war bei der zweiten gerichtlichen Leicheneröffnung nämlich der des am 30. Februar 1877 geborenen und am 27. Dezember 1911 versorbenen N. R., welche durch die Medizinalräte Dr. Hoffmann und Dr. Störmer vorgenommen wurde, die rosig rote Farbe des ganzen Körpers, die so hochgradig war, daß man zunächst an eine Kolenoxydvergiftung denken mußte. Aber weder bei der spektoskopischen noch bei der chemischen Untersuchung konnte ich die für Kohlenoxyd charakteristischen Veränderungen des Blutes nachweisen. Es fanden sich zwar Veränderungen im Blute, über die aber z. Zt. noch weitere Untersuchungen stattfinden (z. B. Methaemoglobinspektrum).

Im Gegensatz zu der hochroten Farbe der eben beschriebenen Leiche waren bei der folgenden Sektion des am 20. Oktober 1873 geborenen, im Obdach gestorbenen H. K. eine ikterische Farbe der Haut und der Schleimhäute sowie eine braunrote Farbe der Muskulatur, ferner starke Schwellungen der Magen- und oberen Dünndarmschleimhaut vorhanden.

Auch die weiteren durch Medizinalrat Dr. Hoffmann, Privatdozent Dr. Fraenckel und mich vorgenommenen Leichenöffnungen ergaben außer den bei der ersten Leichenöffnung erwähnten Abweichungen von der Norm nichts besonderes. Bei der durch Herrn Medizinalrat Dr. Hoffmann und Dr. Fraenckel vorgenommenen Sektion des am 23. Oktober 1873 geborenen, gut genährten H. E., der am 28. Dezember 1911 im Männerasyl des Berliner Asylvereins unter Erbrechen und Krämpfen nach einstündiger Krankheit gestorben war, fand sich Azetongeruch des Harns und eine auffällige Zusammenziehung des Dünndarms, an die sich eine ungewöhnliche Aufblähung anschloß.

Der von mir gemeinsam mit Herrn Medizinalrat Dr. Hoffmann sezierte 49 Jahre alte Händler M. war am 28. Dezember 1911 gegen 6 $^3/_4$ Uhr nachmittags in ein Volkskaffee gekommen und hatte an einem Tische Platz genommen. Nach etwa 10—15 Minuten bekam er Erbrechen, sank unter krampfartigen Zuckungen vornüber auf den Tisch und verstarb. Der Befund entsprach völlig den früheren, nur war die Entzündung auf den ganzen Darm ausgedehnt; die Einzel- und Haufen-

knötchen waren geschwollen und das Bauchfell leicht entzündet.

Bei zwei weiteren von mir vorgenommenen Leichenöffnungen von Personen, die erst nach längerem Aufenthal mit Krankenhaus Friedrichshain gestorben waren, nämlich der Arbeiter G. P und O. L., fand sich eine rosige Färbung der Blase und eine starke Injektion ihrer Gefäße mit Schwellung der Schleimhaut. Die chemische Untersuchung des Urins dieser Leichen, die von Sr. Exzellens Herrn Geh. Rat Prof. Fischer gütigst ausgeführt wurde, ergab einen besonders reichen Gehalt an Ameisensäure. Bei einem weiteren Falle, nämlich bei dem am 9. März 1868 geborenen und am 31. Dezember 1911 im Krankenhaus Friedrichshain verstorbenen F. H. war die Milz vergrößert (16 : 12 : 5) zerfließlich.

Ikterus wurde nur noch bei einem Falle beobachtet. Da sich hier eine besonders starke Schwellung des Zwölffingerdarms fand, dürfte diese die Ursache des Ikterus gewesen sein. Bei zwei der erst am 31. Dezember 1911 verstorbenen Kranken, wurde genau so wie bei dem zuerst Obduzierten am 26. Dezember verstorbenen eine Schwellung, Hyperämie und punktförmige Blutungen im Colum und Rectum gefunden.

Zur Aufklärung der Diagnose wurden von uns noch eine Reihe von Untersuchungen veranlaßt. Zunächt wurden eine Reihe Augäpfel mit den angrenzenden Sehnerven zur histologischen Untersuchung der Augenklinik der Charité übergeben.

Sodann wurden der pharmakologischen Abteilung des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, Herrn Reg.-Rat Dr. Rost und Herrn ständigen Hilfsarbeiter Dr. Franz, die inneren Organe einer Reihe von Leichenteilen übersandt. Im Magen- und Darminhalt dieser Leichen konnte noch Methylalkohol und in Leber, Gehirn und Harn Ameisensäure nachgewiesen werden.

Auch im chemischen Institut wurde in den übersandten Harnproben Ameisensäure gefunden.

Dagegen konnte Herr Prof. Dr. Thoms, Direktor des pharmazeutischen Instituts der Universität, sowohl in der Leber, als auch im Gehirn Methylalkohol als solchen nachweisen.

Fasse ich die anatomischen Befunde bei den von uns sezierten Leichen nochmals zusammen, so fiel bei der Haut vieler Leichen die eigentümliche an Kohlenoxyd erinnernde Rötung auf, weiterhin bei einigen Leichen eine ikterische Färbung der Haut und der Organe. Bei einigen der zuletzt untersuchten Leichen fand sich eine braunrote Farbe der Muskeln und der inneren Organe und Methaemoglobin im Blute.

Fast in allen Fällen ergab die innere Untersuchung ungewöhnlichen Blutreichtum des Gehirns und seiner Häute. Bis in die feinsten Verzweigungen waren speziell die Gefäße der weichen Hirnhäute gefüllt. In vielen Fällen fand sich weiterhin ein Oedem der weichen Hirnhaut und des Gehirns. In einigen Fällen wurden zwischen den Maschen der weichen

Hirnhaut ausgedehnte Blutungen gefunden; zwischen harter und weicher Hirnhaut wurde auch zweimal eine mehrere Millimeter dicke Schicht flüssigen, hellroten Blutes gefunden.

Das Herzblut war meist flüssig und ließ nur selten Gerinnsel erkennen. Die Lungen waren sehr häufig auffallend blutreich und zuweilen ödematös. Die Luftröhre war mit glasigen Schleim angefüllt, der sich in die kleinsten Äste hinein fortsetzte und sie stellenweise fast ganz verschloß.

Die Magenschleimhaut war vielfach geschwollen, zeigte glasigen Schleim und bald punktförmige, bald größere Blutungen. Dieselbe Schwellung, nur in noch höherem Maße, beobachteten wir meist im Zwölffingerdarm und im oberen Dünndarm. Der Dünndarm war in einer Reihe von Fällen derartig verengert, daß es kaum gelang, die Darmscheere einzuführen. Im Dickdarm und Mastdarm fanden sich nur in einem Teil der Fälle Schwellungen, Hyperämie und Blutungen. Die Harnblase war vielfach prall gefüllt. Der Harn auch von frischen Leichen war auffallend eiweißreich und ließ im Zentrifugat gelegentlich reichliche Zylinder erkennen. Nur einmal roch der Harn nach Azeton und einige Male fand sich im Harn ein auffälliger aromatischer Geruch. Die Harnblase war bei einigen Fällen geschwollen und gerötet und ließ eine auffällige Injektion der Gefäße erkennen. Die Milz war in fast allen Fällen klein und schlaff und zeigte nur geringen Blutreichtnm. In der Leber wurde nur in vereinzelten Fällen fettige Entartung gefunden. Bei einigen Nieren waren ein außerordentlicher Blutreichtum und die Zeichen einer akuten Entzündung vorhanden.

Aus dem ganzen geht hervor, daß der Sektionsbefund so wenig charakteristisch ist, daß es kaum möglich ist, hieraus die Diagnose zu stellen.

Ueber die Frage ob es sich um eine reine Methylalkohol-Vergiftung gehandelt hat, gehen die Ansichten, wie besonders die Verhandlungen in der Berliner Medizinischen Gesellschaft ergaben, noch auseinander. Eine Reihe der Redner glaubte, daß Verunreinigungen des Methylalkohols und nichtdieser selbst als Hauptschuldige auzusehen seien.

Mit dem uns vom Polizeipräsidium zur Verfügung gestellten methylalkoholartigen Sprit habe ich eine Reihe Tierversuche angestellt. Es zeigte sich hierbei, so weit ich jetzt bereits ein Urteil abgeben kann, eine auffällige Uebereinstimmung der klinischen Erscheinungen und der pathologischen-anatomischen Befunde mit den bei der Asylkrankheit beobachteten. Bei fast allen Versuchstieren fanden sich sehr bald Pupillenerweiterung, Lichtstarre der Pupillen, Prostration, Dyspnoe, Krämpfe. Im Blute, das der Ohrvene des lebenden Tieres entnommen war, fand sich zweimal das Spektrum des neutralen Methaemoglobins, ganz wie in dem Blute der zweiten gerichtlich geöffneten Leiche.

Bemerkungen zu Kritiken über meine „Studien zum Rückgang der Geburten" in Nr. 23, 1911.

Von Dr. H. Berger, Kreisarzt in Crefeld.

Zu diesen Studien sind mir neben sehr zahlreichen beifälligen Aeußerungen, Aufforderungen zu Vorträgen, auch zwei gegenteilige, übermittelt worden.

Wenn mir in der Deutschen medizinischen Wochenschrift von dem betreffenden Referenten (Prinzing-Ulm) geraten wird, erst die eheliche Fruchtbarkeit besser zu studieren, ehe ich mich mit solcher Sicherheit über diese selbst für den „Kenner" schwer zu beurteilenden Fragen ausspreche, so verstehe ich es als menschlich, wenn sich jeder allein für den Kenner hält. Wie man die Arbeit überhaupt für eine statistische ansehen kann, ist mir unverständlich. Die geringe Geburtenziffer auch in gutkatholischer und strenggläubiger Bevölkerung habe ich gar nicht bestritten; sie ist mir bekannt. Immerhin ist dabei vielleicht daran zu erinnern, wie schon Mombert 1907 in seinen Studien zeigte, daß auf eine katholische Ehe 5, auf eine evangelische nur 4 Kinder kommen, was neuerdings Theilhaber (s. unten) dahin ergänzt, daß auf eine jüdische Ehe nur 2—3 Kinder kommen. Die Bewegung der Geburtenziffer Italiens ist mir sehr wohl bekannt, ich spreche aber doch ganz deutlich von Italien nur im Vergleich zu Frankreich! Ich weise auch nur auf etwas Besonderes innerhalb der katholischen Kirche hin. Was eigentlich der Kernpunkt meiner Arbeit ist, das scheint jedoch dem Referenten überhaupt nicht klar geworden zu sein.

Dies gilt aber ganz besonders für den Kritiker in der „Welt am Montag" vom 1. d. M.

Es ist in medizinischen Kreisen im allgemeinen nicht üblich, die Tagespresse zu derartigen Erwiderungen zu benutzen, wie es von Herrn Dr. Goldstein geschieht. Ich nehme deshalb absichtlich Abstand davon, ihm auf diesem Wege zu folgen; vor allen Dingen widerstrebt es mir auch, in das gleiche Niveau des Tones hinabzusteigen; das verbietet mir meine Erziehung. Wenn ich überhaupt entgegne, so geschieht es nur, weil ich mich für verpflichtet halte, seine wenig tatsächlichen Ausführungen zu beleuchten. [1])

---

[1]) Auf welche Abwege die Neumalthusianer geraten, dafür gibt der Schlußsatz dieser Ausführungen einen schlagenden Beweis; er verdient deshalb, auch zur Orientierung der Leser dieser Zeitschrift, tiefer gehängt zu werden(Red.):

„Ein besonders schweres Hindernis, uns der Zivilisation Chinas zu nähern„ erblickt Berger in der Tätigkeit der Hebammen. Als guter Geschäftsmann hat er für ihre humanitären Ratschläge kein Verständnis. Er sagt sich, wenn viele Geburten sind, blüht das Geschäft der Hebammen, also müßten sie sich ganz besonders bemühen, die Familien mit Geburten zu belasten; da sie es aber erwiesenermaßen nicht tun, so müßte man auf sie ein wachsames Auge haben. Aber warum beschränkt sich der Krefelder gerade auf die Hebammen, warum empfiehlt er nicht auch die Aerzte dem Auge der Polizei? Reicht so weit sein Mut nicht, oder meint er, daß wir Aerzte den Hebammen an Humanität nachständen? Sollte bis nach Krefeld der Name neumalthusischer Aerzte nicht gedrungen sein, so nenne ich ihm außer mir: Rohleder, Bernstein

Ich habe meine Arbeit der Zeitschrift für Medizinalbeamte eingereicht, weil es meines Erachtens gerade Aufgabe der Medizinalbeamten ist, alles zu erörtern, was geeignet ist, Volkskraft und Volksgesundheit unseres Vaterlandes zu erhalten und zu fördern; deshalb ist auch für sie die Frage des Geburtenrückgangs eine äußerst wichtige Angelegenheit, der nachzugehen sie für ihre Pflicht halten. Es genügt uns nicht, die vorhandenen Säuglinge gesund und kräftig zu erhalten, sondern es müssen auch genügend Säuglinge zur Sicherung eines zur Erhaltung unseres Volkes ausreichenden Nachwuchses vorhanden sein.

Herr Dr. Goldstein ist neumalthusianischer Arzt, er nennt sich selbst unter ihnen und dann noch einige andere. Was die Neumalthusianer wollen, ist sattsam bekannt; ich führe hier, um ganz objektiv zu bleiben, an, was ein anderer sagt (Vierteljahrsschrift Nova medica, Schriftleitung Dr. Wollermann-Hannover: Verlag von Voigt & Gleiber-Frankfurt a. M., Nr. 4 vom 15. Dezember 1911: „Ueber Rassenhygiene"):

. . . „wenn auch manche ihrer vermeintlichen Förderer[1]) auf so unnatürliche Abwege geraten sind wie die Neumalthusianer.

Hier sei eine kleine Abschweifung gestattet. Die Neumalthusianer wollen allen Ernstes die Rasse durch willkürliche Beschränkung der Kinderzahl vulgo Zweikindersystem verbessern und halten dieses widernatürliche Mittel für die Rassenverbesserung brauchbar.

. . . Der Kampf bringt starke Rassen, starke Individuen, hervor, die Neumalthusianer wollen den Kampf ausschalten. Die Erfahrungen aller Jahrtausende, der Umstand, daß bei allen kräftigen und erfolgreichen Völkern eine blühende Kinderschar das Glück der Eltern und den Stolz des Volkes ausmachte (ich erinnere an die Römer, die Spartaner, die Engländer, die Japaner), daß auf jungfräulichen oder kolonialen Boden verpflanzte Völker, selbst solche, welche daheim am Zweikindersystem festhielten, sich auf dem Neuland ungeahnter Fruchtbarkeit erfreuen — die Buren, die Franzosen in Algier —, alles das existiert für die Neumalthusianer nicht, es wird beiseite geschoben der vorgefaßten Theorie zu Gefallen. Wissenschaftlich denken und arbeiten heißt aber voraussetzungslos arbeiten; ist der erste Gedanke nicht richtig, so können ihn alle folgenden, seien sie an sich noch so logisch, nicht stützen. Nach Anschauung der Neumalthusianer sollen die ersten beiden Kinder klüger, schöner, gesunder sein, als die folgenden (statistisch wird z. B. bewiesen, daß die letzt-

---

Nyström, Rutgers, Drysdale, Marcuse. Außer diesen, die öffentlich hervortreten, gibt es noch zahllose andere, die in dem Bewußtsein, daß ihnen das Wohl der Familien anvertraut ist, ihre Klienten vor dem Kinderdruck zu schützen suchen. Wer das nicht tut, wer also in seiner Praxis die Chinesenpolitik unterstützt, verletzt seine Pflicht. Denn das leibliche Wohl der Menschen hängt vor allem von ihrer wirtschaftlichen Lage ab, und diese wird durch zahlreiche Kinder selbstverständlich verschlechtert. In Krefeld weiß man aber augenscheinlich viel mehr von der chinesischen Kultur als von sozialer Medizin, und daher ist Berger auch ein Gegner des heute bestehenden Handels mit antikonzeptionellen Mitteln. Ihr Verkauf soll nur den Apotheken gestattet und ihre Anwendung von ärztlicher Verordnung abhängig gemacht werden. Schwangerschaftsunterbrechung ist natürlich Sünde und Verbrechen, und da sie in zahllosen Fällen ausgeführt wird, so wird ganz Deutschland von Sündern und Verbrechern bevölkert. Wie könnte das auch anders sein, wo unser gesamtes höheres Bildungswesen auf der Literatur der Griechen und Römer beruht, bei denen Schwangerschaftsunterbrechung und Kindesaussetzung gesetzlich erlaubt waren! Man sieht also, Herr Berger hat ganz recht: Weg mit all dem Bildungsschwindel und hinein in die chinesische Kultur!"

[1]) Gemeint ist: Förderung der Arbeit der Eugeniker, die darin besteht, zu zeigen, wie die Variationen und ihre Auslese im einzelnen vor sich gehen usw.

geborenen Kinder größerer Familien am leichtesten der Tuberkulose zum Opfer fallen; leider gibt es aber eine andere Statistik, die genau das Gegenteil beweist, und eine dritte, welche nachweist, daß die ersten alle beide Unrecht haben, weil sie eine ganze Anzahl wichtiger und ausschlaggebender Momente unberücksichtigt ließen). Nach ihrer Ansicht bietet die Erde nicht genug Nahrung für die Lebenden, noch weniger für eine vermehrte Menschenmasse; siehe die weiten, fruchtbaren, kaum angebauten Flächen Mesopotamiens, Turkestans, Sibiriens, Afrikas, Amerikas.

Sie verlangen, der Staat soll gesetzlich Präventivmittel vorschreiben, dann wird die Bevölkerung der Erde satt und glücklich, werden die Kriege schwinden, die Kultur steigen, die Liebe zärtlicher werden, kurz ein paradiesischer Zustand wird sich einstellen: alles als Folge des Zweikindersystems!

Einer ihrer Autoren bringt es sogar fertig, unter Umbiegung aller geschichtlichen Tatsachen ausgerechnet das alte Rom als Schwurzeugen für sich anzurufen!"

Auf dem Standpunkt des Herrn Vorsitzenden der „Gesellschaft zur Bekämpfung der Uebervölkerung Deutschlands"[1]) stehe ich aber nicht; ich befinde mich dabei in ausgezeichneter Gesellschaft und könnte leicht Hunderte in der Wissenschaft und im praktischen Leben hochklingende Namen nennen, hinter denen die neumalthusianischer Aerzte weit zurückstehen müssen.[2])

Das sogenannte Zweikindersystem bedeutet nicht nur für mich, sondern auch für sehr viele Sozialhygieniker und Nationalökonomen ein nationales Unglück; ich halte es für einen sozial-pathologischen Zustand, um mich eines neuerdings von Grotjahn gebrauchten Ausdrucks zu bedienen. Diesem Unglück kann auch durch alle Bestrebungen der Rassenhygiene nicht mit Erfolg gesteuert werden, sondern nur durch Hebung der Geburtenziffer, die mit allen Mitteln angestrebt werden muß; in diesem Sinne wurde von mir auf den segensreichen Einfluß der Religion hingewiesen auf Grund der von mir gemachten Erfahrungen. Es sollte die Aufmerksamkeit auf eine Beobachtung gelenkt werden, die leicht zu wenig bemerkt wird, die aber einsichtigen Patrioten und Volksfreunden schon längst im Stillen zu denken gegeben hat. Wenn in andern katholischen Ländern und Bezirken auch andere Beobachtungen gemacht sind, so spricht das noch längst nicht gegen die Richtigkeit meiner Beobachtungen, von denen ich ausdrücklich betont habe, daß sie etwas zeitlich und örtlich innerhalb der katholischen Religion hervortretendes Besonderes darstellen.

China habe ich angeführt als Beispiel dafür, daß gerade der Kinderreichtum, bedingt durch religiöse Anschauungen, dieses früher in der Kultur hochstehende Volk lebensfähig erhalten hat und lebensfähig erhalten wird, trotz aller Verkommenheit in mancher anderen Richtung; das ist eben doch Kultur, und das ist die Kultur, von der ich nur spreche, ich sage das ausdrücklich. Diese Kultur hat China durch die Stürme von

---

[1]) Vortrag Goldsteins „Deutschlands Volksvermehrung und das Martyrium seiner Bevölkerung in der „Gegenwart"; 1911, Nr. 50.

[2]) Ich verweise auch auf die Veröffentlichungen von Groth und Kriege Bericht über die VII. Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins 1909 und Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1911, Nr. 2, S. 41.

Jahrtausenden lebensfähig erhalten im Gegensatz zu Römern und Griechen, die trotz hoher Kultur zu Grunde gegangen sind, und nicht zum geringsten an dem Fehlen des Nachwuchses. Daß übertriebene Kultur Hand in Hand gehend mit Genußsucht der Anfang vom Ende ist, lehren gerade diese beiden Völker! Diese „Kultur" wollte ich treffen; das ist aber dieselbe, die die Neumalthusianer à la Herrn Goldstein mit der Empfehlung von Präventivmitteln usw. vertreten, Bestrebungen, die ich nicht nur vom religiösen und moralischen, sondern auch vom sozialhygienischen und volkswirtschaftlichen Standpunkt bekämpfe, und in diesem Kampfe weiß ich mich Schulter an Schulter mit dem größten Teil der Aerzte und mit allen Medizinalbeamten und Hygienikern. Wohin der Neumalthusianismus z. B. das Judentum geführt hat, das mag Herr Dr. Goldstein studieren in den Schriften von Theilhaber[1]), Ruppin[2]) und Green[3]). Diese Autoren, ich habe nur solche jüdischen Bekenntnisses genannt, predigen dem Judentum die Religion und das Gegenteil von dem, was der Herr Vorsitzende der Gesellschaft zur Bekämpfung der Uebervölkerung sagen will.

Daß in gewissen Fällen der Arzt auch einmal aus ärztlichen Rücksichten zur Empfehlung von Präventivmitteln etc. gezwungen sein kann, ist von mir nicht bestritten (davon rede ich gar nicht, ich spreche deutlich von dem Handeln des Arztes); das sollen aber lediglich aus Gesundheitsrücksichten bedingte Ausnahmen sein, nicht die Regel, wie es die Neumalthusianer wollen, die ja die Abtreibung straflos machen wollen, wie auch schon Camilla Jellinek[4]) im Gegensatz zum Bund österreichischer Frauenvereine (er verlangt allerdings nur Straflosigkeit in bestimmten Fällen). Die Emanzipationsbestrebungen der Frauen im allgemeinen, die Kirchner auf der I. Preußischen. Landeskonferenz für Säuglingsschutz, für das heutige Kinderelend mit Recht verantwortlich macht, müssen wir auch von dem Standpunkte der Hebung der Geburten verurteilen. Mit den Bestrebungen der Neumalthusianer habe ich keine Gemeinschaft; denn sie sind m. E. höchst verderblich und schädigend für unsere Volksgesundheit!

Ich schließe mich Dietrich an, der sagt[5]) „Es gilt Einsicht zu verbreiten und das Gewissen besonders der bemittelten und intelligenten Kreise der Bevölkerung aufzurütteln, daß sie sich der hohen sittlichen Pflicht der Rassenerhaltung bewußt werden und dem langsamen Selbstmord der Nation entgegenwirken". Fort mit derartigem Bildungsschwindel, wie er in die Welt posaunt

---

[1]) Theilhaber: Der Untergang der deutschen Juden.
[2]) Ruppin: Die Juden der Gegenwart.
[3]) Green: Die Judenfrage und der Schlüssel ihrer Lösung.
[4]) Jellinek: Der Gegenentwurf zum Vorentwurf eines deutschen Strafgesetzbuchs. Zentralblatt des Bundes deutscher Frauenvereine.
[5]) Dietrich: „Humanistisches Gymnasium und modernes Kulturleben". Sonderabdruck aus der Festschrift des Erfurter Gymnasiums.

wird, fort mit der Ueberkultur, und zurück zu einer gesunden Kultur auf diesem Gebiete, bei der Volkskraft und Volksgesundheit für alle Zeiten erhalten werden. Es soll die Spur von unseren Erdentagen nicht in Aeonen untergehen!

Kurze Bemerkungen zu dem Artikel des Kreisarztes Herrn Dr. Thomalla „Sind den amtlichen Besichtigungen auch die Arzneimittelschränke der Zahntechniker zu unterwerfen?“

Von Kreisarzt Dr. **Hillenberg**-Zeitz.

Vermutlich wird es vielen der Herren Kollegen beim Lesen des genannten, in Nr. 23., Jahrgang 1911, befindlichen Artikels so gegangen sein wie mir: Ich war sprachlos, und zwar darüber, daß es dem Herrn Kollegen Thomalla gelungen ist, die Staatsanwaltschaft gegen den betreffenden Zahntechniker mobil zu machen, und vor allem, daß dieser wegen Uebertretung des § 2 der Polizeiverordnung über den Handel mit Giften mit 15 Mark Geldstrafe belegt wurde. Die als Unterlage für die Verurteilung herangezogenen Vorschriften beziehen sich doch nur auf den gewerbsmäßigen Handel; daß ein solcher aber im vorliegenden Falle sowohl, wie bei allen ähnlichen Fällen nicht besteht, unterliegt kaum einem Zweifel. Sonst müßten ja auch für jedes ärztliche Arzneischränkchen, ja für jede Hausapotheke überhaupt, die neben Borsalbe, essigsaurer Tonerde auch Lysol, einige Sublimatpastillen enthält, die genannten Bestimmungen maßgebend sein; ich würde sogar selbst zu bestrafen sein, da auch in meinem Medikamentenschränkchen, aus dem gelegentlich einige Kokain- oder Atropintropfen und anderes giftiges Zeug bei Hilfesuchenden in Anwendung kommen, eine strikte Trennung von Giften und indifferenten Mitteln nicht durchgeführt ist; die Größenverhältnisse der Flaschen zwingen schon zu einer Durchbrechung des sonst von mir tunlichst innegehaltenen Trennungsprinzips.

Auch die unter Nr. 2 vom Kollegen Thomalla angeführte Bestimmung: „Die vorhandenen Arzneimittel müssen echt, zum bestimmungsgemäßen Gebrauch geeignet, nicht verdorben, nicht verunreinigt sein“, kommt m. E. im vorliegenden Falle nicht in Frage, da ein zahntechnisches Atelier als „Verkaufsstelle“ im Sinne der angezogenen Ministerialerlasse nicht anzusehen sein dürfte.

Was endlich die Forderung der regelmäßigen Revision der Arzneimittelschränke der Zahntechniker an sich betrifft, so kann ich mich mit ihr nicht befreunden, weil sie nichts als „loves labour lost“ wäre. Es ist doch wirklich nicht anzunehmen, daß die Zahntechniker, falls ihre Arzneimittelschränke der kreisärztlichen Besichtigung unterständen, ihre auf diese oder jene unzulässige Art erlangten Gifte gerade in diesen aufbewahren werden. Wir würden nur eine verkleinerte Auflage der Misere der Drogenrevisionen erleben und infolge unserer

Revision vielleicht nur das eine erreichen, daß das Publikum sich nun erst recht an die Zahntechniker wendet. Es war zweifellos sehr gewagt vom Kollegen Thomalla, die Revision vorzunehmen, und zu verwundern, daß der Techniker ihn und den Polizeibeamten überhaupt hereingelassen hat. Eine Berechtigung dazu steht m. E. dem Kreisarzt nicht zu; denn nach § 46 Abs. 5 der Dienstanweisung hat er nur darüber zu wachen, daß nicht approbierte Personen Arzneimittel nicht an andere „käuflich“ überlassen; eine Kokaineinspritzung zwecks Zahnextraktion ist aber nicht als käufliches Ueberlassen eines Arzneimittels, sondern höchstens als ein einfaches Ueberlasen anzusehen.

Ich meine, wir Kreisärzte sollten uns hüten, zuviel revidieren zu wollen! Wo es im Interesse der Allgemeinheit nötig und bestimmungsgemäß erforderlich ist, muß es selbstverständlich geschehen; im übrigen soll der Kreisarzt möglichst ein „aimable ami“ und nicht ein „terrible ennemi“ des Publikums sein, um mit einer Variante eines jüngst in der politischen Presse vielfach erwähnten Wortspiels zu schließen.

Erwiderung auf die „Bemerkungen“ des Herrn Kreisarztes Dr. Hillenberg-Zeitz.

Von Kreisarzt **Dr. Thomalla**-Altena-Lüdenscheid.

Wenn ich so leicht „sprachlos“ werden könnte, wäre ich vermutlich „sprachlos“ geworden, wenn es mir nicht gelungen wäre den Staatsanwalt „mobil“ zu machen; denn wenn der Nachweis gelungen wäre, daß tatsächlich mit dieser verdorbenen und verschmutzten Kokainlösung subkutane Einspritzungen gemacht worden wären, so wäre doch eine viel härtere Bestrafung die Folge gewesen. Da dies aber der Staatsanwalt im Voraus nicht wissen konnte, mußte er schon aus diesem Grunde einschreiten.

Wenn in einer ärztlichen Handapotheke Borsalbe, essigsaure Thonerde, Lysol mit einigen Sublimatpastillen und anderen Mitteln in der Weise durcheinander stehen sollten, wie ich dies bei dem erwähnten Zahntechniker vorfand, so würde dies in gleicher Weise zu rügen sein; jedenfalls wären solche Mißstände bei mir, solange ich Praxis ausübte, unmöglich gewesen. Verlangt man von Kurpfuschern Ordnung und Korrektheit, so muß man selbstverständlich mit gutem Beispiel vorangehen. Sollten aber trotzdem, wie Herr Kollege Hillenberg behauptet, solche Unregelmäßigkeiten bei Aerzten vorkommen, so ist es ein gewaltiger Unterschied, ob dies bei approbierten Aerzten geschieht, die mit Giften umzugehen verstehen, oder bei Zahntechnikern, die davon keine Ahnung haben.

Woher weiß übrigens Herr Kollege Hillenberg, daß der Zahntechniker keinen „gewerbsmäßigen“ Handel betrieben hat? Ich habe eben deshalb revidiert, weil, wie ich in meinem Artikel angab, „mir verschiedene Gerüchte zu Ohren gekommen“

waren. Unter diesen Gerüchten war auch das, daß der Zahntechniker Drogen pp. verkaufe, und man kann wohl mit Sicherheit annehmen, daß der Bestrafte, wenn er einen solchen Nachweis nicht zu fürchten gehabt hätte, Widerspruch gegen die Bestrafung erhoben hätte.

Es ist richtig, wie ich in meinem Artikel bereits angedeutet hatte, daß mir der Zahntechniker den Zutritt zu dem Arzneimittelschrank verwehren konnte; dann blieb mir aber immer noch übrig, die Haussuchung zu beantragen und sie in Begleitung der Polizei unverhofft auszuführen. Dies war glücklicherweise nicht nötig; damit es aber auch in Zukunft nicht nötig werde, müßten die Arzneimittelschränke der Zahntechniker der kreisärztlichen Revision unterworfen werden. An eine Misère bei diesen Revisionen glaube ich ebensowenig, wie ich bisher eine solche bei den Drogenrevisionen bemerkt habe.

Dem sicher wohlgemeinten Rat des Herrn Kollegen Hillenberg an die Kreisärzte, ein „aimable ami“ zu bleiben, kann ich leider nicht Folge leisten, wenn dies auf Kosten der Gesundheit der Kreiseinwohner geschehen soll. Ich fasse meinen Beruf so auf, daß ich in mein Amt gesetzt bin, um in sanitärer bezw. hygienischer Hinsicht jede Gefährdung von den Kreisbewohnern abzuhalten; wo uns hierzu die gesetzlichen Handhaben noch fehlen, ist es unsere Pflicht, mit allen Mitteln auf die Ergänzung der gesetzlichen Bestimmungen hinzuarbeiten. Diesen Zweck hatte auch mein Artikel in Nr. 23, Jahrg. 1911. Daß wir mit solchen Bestrebungen uns bei den an der Erhaltung des alten Zustandes interessierten Schichten nicht allzu beliebt machen werden, ist klar. Aber mich berührt es nicht besonders, wenn ich von Zahntechnikern und Kurpfuschern als „terrible ennemi“, oder wie ein ostpreußischer Abgeordneter im Parlament so schmeichelhaft über die Kreisärzte sagte, als „Landplage“ angesehen werde.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Ueber die Gewichtsveränderungen der lymphoiden Organe bei der Inanition. Von J. Jolly und S. Levin. Aus dem histologischen Laboratorium des Collège de France. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXI, 1911, Nr. 29.

Friedleben hatte 1858 nachgewiesen, daß beim Hunde die Inanition einen Schwund der Thymus bedingt. Aus den Versuchen von Hammar (1905) und Jonson (1909), die an Kontrolltieren bei genauer Kenntnis des Alters der physiologischen Involution angestellt worden waren, ergab sich, daß beim Kaninchen prolongiertes Fasten tatsächlich eine beträchtliche Atrophie der Brustdrüse bedingt, die von Hammar „akzidentelle Involution“ benannt wurde.[1]) Aehnliche Ergebnisse hatten die Autoren, die ihre Experimente an Vögeln und 4 Wochen alten Meerschweinchen vornahmen. Bei einer Verringerung des Gesamtkörpergewichtes um etwa 30% nahm die Thymus (bei den Vögeln) da-

[1]) Vergl. J. Aug. Hammar: Ueber die normalen Durchschnittsgewichte der menschlichen Thymusdrüse. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; XXXII, 1909, S. 23 und die Anmerkung S. 26.

gegen um 50—80 % ab. Unterbricht man die Inanition und füttert die Tiere wieder auf, so tritt das Umgekehrte ein. So nahm bei Tauben 1 Woche nach 8tägigem Fasten das Körpergewicht um 28 %, das Gewicht der Thymus dagegen um 246 %, nach Berechnung an den Organen von Kontrolltieren, zu.

Weniger als die Thymus ist die Milz bei der Inanition betroffen. Die bedeutende, ganz eigenartige Gefäßversorgung der Milz erklärt er, daß für diese die Ergebnisse nicht eindeutig sind. Dr. Mayer-Simmern.

Die Bedeutung der Blutgerinnung für die Entstehung der Thrombose. Von Privatdozent Dr. H. Küster, Assistenzarzt der k. Universitäts-Frauenklinik zu Breslau. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 46.

Verfasser kann auf Grund seiner Untersuchungen die bisherige Lehre, daß für die Entstehung von Thromben die Gerinnbarkeit des Blutes eine wesentliche Bedeutung habe und daß ein besonderer Reichtum an Ferment oder an Fibrinogen oder auch beides zusammen die Ursache vermehrter Neigung zu Gerinnung sei, nicht bestätigen, sondern kommt zu dem Schlußsatze, daß die Beteiligung der sog. Fibringeneratoren an der Thrombose zweifelhaft ist und daß zwischen der Blutgerinnung und der Thrombose Beziehungen zurzeit nicht nachgewiesen werden können. Dr. Waibel-Kempten.

Tödliche Vergiftung durch äussere Anwendung von Jodtinktur. Von Patrie de Broé. Referat in Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.; XVI., 1911, S. 367.

Einem Soldaten wurde zur Vorbereitung vor der Radikaloperation eines Leistenbruchs der Unterleib von den Leistenbeugen bis zum Nabel und seitlich bis etwa zu den Spinae iliacae anteriores mit 10proz. Jodtinktur eingepinselt; außerdem erhielt die Brust vom Halsansatz bis zur Brustwarzenverbindungslinie die gleiche Behandlung. Die Operation verlief ohne Störung. In der Nacht starkes Jucken, dann ausgebreitetes Erythem, das die Grenzen der Jodpinselung überschritt, abends 40,2° C., Krämpfe, Durchfälle, Strabismus divergens, am morgen des dritten Tages Somnolenz, 37,8° C., Puls 110—120, Stertor, Exitus. Blut ganz flüssig, Schwellung der Bauchorgane, besonders der Leber, Milz erweicht und brüchig. Operationsstelle ohne Besonderes. Verlauf und Obduktionsbefund entsprechen denen der Jodvergiftung. Die Dosis ist aber weit unter 3—4 g geblieben, die als tödlich gelten, eine Idiosynkrasie ist daher wahrscheinlich. Es empfiehlt sich, die Jodtinktur mit gleichen Teilen 90proz. Alkohol zu verdünnen. P. Fraenckel-Berlin.

Tödliche Ammoniakvergiftung. Druckfehler in einem Rezeptbuch. Verurteilung. Referat in Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.; XVI, 1911, S. 374.

Ein Arbeiter beauftragte seine Frau, ihm ein Mittel zur Vertreibung seines Rausches aus der Apotheke holen zu lassen. Die Frau schrieb sich aus einem populärmedizinischen Buch, das einen Arzt zum Verfasser hat, folgendes Rezept ab: Wasser 100 g, Ammoniak 15 g, Pfefferminzwasser 15 g, in zwei oder drei Malen zu nehmen. Die Apotheke lieferte die Lösung und der Arbeiter erlag am nächsten Morgen einer Ammoniakvergiftung. Durch einen Druckfehler war in dem Buch 15 g statt 15 gtt Ammoniak stehen geblieben, während die erste Auflage das richtige Rezept enthielt. Der Verfasser und der Apotheker wurden zu drei bezw. zwei Monaten Gefängnis verurteilt, außerdem zur Zahlung von 1000 Fr. Schadenersatz und einer jährlichen Leibrente von 300 Fr. an die Witwe, von je 200 Fr. jährlich an jedes Kind bis zum 18. Lebensjahre.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Eine seltene Brustkorbverletzung. Von Dr. A. Nußbaum, Volontär der chirurgischen Klinik in Bern. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 48.

Verfasser berichtet unter Mitteilung von Krankengeschichte und Obduktionsbefund über eine seltene Brustkorbverletzung, wie sie sich in analoger Weise in der Literatur kaum finden dürfte. Es handelt sich um einen 9jährigen Jungen, der beim Kirschenpflücken auf dem Lande etwa 2 m tief mit dem Unterkörper nach abwärts und dem Oberkörper etwas nach rechts geneigt heruntergefallen war.

Im Fallen traf er mit der rechten Lendengegend dicht unterhalb des

rechten Rippenbogens auf einen ungefähr senkrecht nach oben stehenden Ast; ob dieser in dem Baume selbst war, oder fest im Boden stand, ließ sich nicht mehr eruieren. Das nach oben gerichtete Ende des Astes war am dünnsten und leicht schräg abgeschnitten, so daß günstige Verhältnisse zum Eindringen in die Haut gegeben waren. Während nun der Junge auf dem Ast aufgespießt wurde, drang die Spitze zwischen zwei Rippen in die Pleurahöhle. Dadurch wurde ihr plötzlich eine neue Richtung durch die starren Rippen gegeben; das nachfolgende Holzstück konnte jedoch wegen seiner Trockenheit nicht in die neue Richtung einbiegen, sondern brach ab und wurde durch die Wucht des Falles mit der abgebrochenen Spitze bis zum 5. Brustwirbeldornfortsatz getrieben. In dem Wundkanal brach dann der Ast zum zweitenmal ab; das periphere Ende fiel aus der Wunde heraus, während das zwischen den Rippen eingedrungene Stück durch die Atembewegungen vollends in die Pleurahöhle befördert wurde und so die tödliche Infektion brachte. Am 11. Tage nach der Verletzung, die zweifellos in das Gebiet der Pfählungen gehört, trat der Exitus letalis ein.

Die Autopsie ergab eine beiderseitige serofibrinöse Pleuritis mit mäßigen Exsudatmengen. Im Unterlappen der r. Lunge fand sich eine schlaffe lobäre Pneumonie im Stadium der roten Hepatitation; dieses entspricht dem 1. bis 3. Tage einer normal sich entwickelnden Pneumonie. Es hatte sich somit, normalen Verlauf der Pneumonie vorausgesetzt, in der r. Lunge bei gesetztem Pneumothorax eine Pneumonie entwickelt; wegen des gesetzten Pneumothorax war aber die vorhandene Pneumonie nicht weitergeschritten. In der rechten Pleurahöhle fand sich außerdem ein etwa 2 mm langes Holzstückchen und ein ebenso großes Rindenläppchen. Im Herzbeutel hatte sich eine geringe Menge trüben Exsuldats gebildet. Außerdem war Fettleber mäßigen Grades vorhanden, die auf Virulenz der Infektion zurückgeführt werden muß.

Dr. Waibel-Kempten.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Heilverfahren während der Wartezeit. Rundschreiben des Reichs-Versicherungsamts an die gewerblichen Berufsgenossenschaften vom 14. Dezember 1911. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1911, Nr. 12.

Das Reichs-Versicherungsamt ist seit Jahren bemüht gewesen, bei den Berufsgenossenschaften auf eine erfolgreiche Gestaltung des Heilverfahrens in der Wartezeit, d. i. in den ersten dreizehn Wochen nach dem Unfalle, hinzuwirken. Rasche Hilfe ist förderlicher als langes Besinnen. Nicht Geldunterstützung der durch Unfall Verletzten ist die höchste Aufgabe der Berufsgenossenschaften. Diese sollen vielmehr den Verletzten die verlorene Leistungsfähigkeit und damit die Arbeitsfreudigkeit möglichst bald und möglichst vollkommen zurückgeben. Mit vollem Verständnis, auch für den günstigen Einfluß solcher Maßnahmen auf die Belastung, sind schon zahlreiche Berufsgenossenschaften den Anregungen des Reichs-Versicherungsamts gefolgt. Auch die in einzelnen Teilen des Reichs zur Erledigung örtlicher Aufgaben gebildeten berufsgenossenschaftlichen Vereinigungen haben den Ausbau des Heilverfahrens erfreulich gefördert. Bei ihnen haben sich insbesondere Vereinbarungen mit den beteiligten Krankenkassen behufs allgemeiner Uebernahme des Heilverfahrens in bestimmten Verletzungsfällen bewährt.

Gleichwohl bestehen, vor allem auf dem Lande, noch Mängel auf dem Gebiete des Heilverfahrens. Bei einer erheblichen Zahl entschädigter Betriebsunfälle haben nicht unabänderliche und unvermeidliche Unfallfolgen, sondern ein unzureichendes oder zu spät eingeleitetes Heilverfahren die Höhe der Rente ungünstig beeinflußt. Diese Erfahrung haben viele aus langjähriger Beobachtung hierfür besonders sachverständige Aerzte bestätigt.

Im gleichmäßigen Interesse der Verletzten und der Berufsgenossenschaften ist es daher dringend erwünscht, daß im Heilverfahren in Zukunft noch umfassender und planmäßiger vorgegangen wird. Zu diesem Zwecke werden die angeschlossenen, hier ausgearbeiteten Leitsätze von besonderer Bedeutung sein. In wiederholten eingehenden Verhandlungen des Reichs-Versicherungsamts mit Vertretern der Berufsgenossenschaften, der Versicherten und der Aerzte, auch der Kassenärzte, wurde über den Inhalt dieser zunächst für die gewerbliche Unfallversicherung bestimmten Leitsätze in allen wesentlichen Fragen Einverständnis erzielt.

Die Leitsätze geben allgemeine Richtlinien. Die einzelnen berufsgenossenschaftlichen Verwaltungen werden unter Berücksichtigung ihrer besonderen Verhältnisse und Bedürfnisse hieraus das für sie Geeignete zu entnehmen haben Das Reichs-Versicherungsamt strebt keine schablonenhafte Behandlung. sondern ein dem einzelnen Falle angepaßtes Verfahren an. Verständnisvoll angewandt, werden die Leitsätze dazu beitragen, durchgehends ein wirksames Heilverfahren zum Vorteile für alle Beteiligten sicherzustellen.

Leitsätze für das Heilverfahren während der Wartezeit.

1. Im Interesse der Unfallverletzten und der Berufsgenossenschaften muß schon in der Wartezeit, d. i. in den ersten dreizehn Wochen nach dem Unfall, alles Geeignete veranlaßt werden, um den Eintritt einer wesentlichen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit über die 13. Woche hinaus zu verhindern oder wenigstens die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit auf das geringste Maß zurückzuführen.

2. Hierzu ist erforderlich, daß ein nicht nur auf anatomische Heilung, sondern auch auf Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit des Körpers gerichtetes Heilverfahren rechtzeitig angewendet wird.

3. Die Fürsorge für das Heilverfahren in der Wartezeit ist unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse der einzelnen Berufsgenossenschaften zu treffen.

4. Die Berufsgenossenschaft hat sich, nachdem sie von dem Unfalle Kenntnis erhalten, unverzüglich davon zu überzeugen, ob ein der Ziffer 2 entsprechendes Heilverfahren durch die Krankenkasse eingeleitet ist. Andernfalls soll sie selbst alsbald ein möglichst wirksames Heilverfahren einleiten. Vorher soll sie tunlichst, insbesondere soweit es ohne Nachteil für den Verletzten möglich ist, dem behandelnden Arzte Gelegenheit zur Aeußerung geben.

5. Unter der in Ziffer 4 angegebenen Voraussetzung ist eine Fürsorge für die Verletzten durch die Berufsgenossenschaften in der Regel geboten:

bei allen offenen Knochenbrüchen, bei den einfachen Brüchen großer Röhrenknochen, besonders derjenigen in der Nähe großer Gelenke, also bei Oberarm- und Vorderarm-, Oberschenkel- und Unterschenkelbrüchen, ausgenommen bei Brüchen des Wadenbeins und bei Brüchen eines Knöchels,
bei den Brüchen der Hand- und Fußwurzelknochen,
bei Brüchen der Grundgliedknochen der Finger und bei Brüchen mehrerer Mittelhand- und Mittelfußknochen,
bei Wirbelsäulen- und Beckenbrüchen,
bei Ausrenkungen, Verstauungen und Quetschungen großer Gelenke,
bei allen Verletzungen mit Beteiligung innerer Organe oder wichtiger Nervenstämme und Sehnen,
bei allen schweren infektiösen Vorgängen, besonders an Hand und Fingern,
bei ausgedehnten oder tiefgehenden Brandverletzungen,
bei Augenverletzungen, auch wenn sie anscheinend geringfügig sind,
bei Verdacht der Uebertragung von Milzbrand,
bei Auftreten nervöser Erscheinungen, die die Entwicklung eines Nervenleidens befüchten lassen.

6. Als Fürsorgemaßregeln kommen in Betracht:

a) Sicherstellung der Diagnose, nötigenfalls durch Röntgenuntersuchung,
b) Beteiligung eines erfahrenen Facharztes an der Behandlung,
c) Uebernahme des Heilverfahrens durch Gewährung ambulanter Behandlung,
d) Uebernahme des Heilverfahrens durch Ueberweisung in eine geeignete Heilanstalt.

7. Eine Sicherstellung der Diagnose durch Röntgenuntersuchung istinsbesondere geboten bei Verletzungen an oder in der Nähe von Gelenken (sogenannten Verstauchungen und Quetschungen).

8. Ambulante Behandlung ist zulässig, wenn Dauer und Ergebnis des Heilverfahrens durch eine solche Behandlung nicht nachteilig beeinflußt werden.

9. 'Die Uebernahme des Heilverfahrens durch Ueberweisung in eine geeignete Heilanstalt ist geboten insbesondere bei allen offenen Knochenbrüchen, bei den einfachen Brüchen großer Röhrenknochen, besonders denjenigen in der Nähe großer Gelenke, bei Wirbelsäulen- und Beckenbrüchen, bei Verrenkungen, die nicht sofort eingerenkt worden sind, bei Verletzungen wichtiger Nerven-

stämme und Sehnen, bei allen schweren infektiösen Vorgängen, bei ausgedehnten oder tiefgehenden Brandverletzungen, bei schwereren Augenverletzungen, bei Auftreten nervöser Erscheinungen, die die Entwicklung eines Nervenleidens befürchten lassen, und bei Verdacht der Uebertragung von Milzbrand.

10. Geeignete Heilanstalten im Sinne von Ziffer 9 sind solche Anstalten, welche hygienisch einwandfrei sind und wenigstens über einen neuzeitlich eingerichteten Operationsraum, einen Röntgenapparat, Vorrichtungen zur Behandlung von Knochenbrüchen mit Streckverbänden, Heißluftbäder, über die notwendigsten Bewegungsvorrichtungen, geschultes Massagepersonal und fachlich vorgebildete und in der Behandlung Verletzter erfahrene Aerzte verfügen.

11. Bei Ausrenkungen großer Gelenke, Sehnenverletzungen, Augenverletzungen, bei infektiösen Vorgängen, insbesondere bei Verdacht auf Milzbrand, bei ausgedehnten Brandwunden und tunlichst auch bei den Verletzungen innerer Organe ist das Heilverfahren möglichst sofort, bei den übrigen in Ziffer 5 aufgeführten Verletzungen möglichst binnen 10 Tagen nach dem Unfalle zu übernehmen.

12. Schon der erste, meist für den weiteren Verlauf entscheidende ärztliche Eingriff (Einrenkung, Amputation, Resektion usw.) soll möglichst durch den Facharzt (in der Heilanstalt) erfolgen. Nur im Notfall ist er dem Arzte, welcher die erste Hilfe leistet (dem Kassenarzte) zu überlassen[1]).

13. Die Heilung des frischen Falles muß sachgemäß erfolgen, so daß Verwachsungen, Verknöcherungen, Schiefstellung von Knochenenden und dergleichen vermieden werden. Zu diesem Zwecke ist darüber zu wachen, daß das zur Wiederherstellung der Beweglichkeit beteiligter oder zur Verhütung der Versteifung zunächst unbeteiligter Gelenke Erforderliche durch den Arzt so früh wie möglich schon während der ersten Behandlung, sei es auch nur gelegentlich des Verbandwechsels, geschicht.

14. Auf den erstbehandelnden (Kassen-) Arzt, dessen Behandlung der Verletzte entzogen werden soll, ist jede Rücksicht zu nehmen, die mit dem Ziele einer möglichst schleunigen und vollkommenen Heilung und Herstellung vereinbar ist. Inbesondere ist folgendes zu beachten:

a) Dem erstbehandelnden (Kassen-) Arzte ist in jedem einzelnen Falle der Uebernahme des Heilverfahrens, soweit sie nicht auf Grund allgemeiner Abmachungen mit der beteiligten Krankenkasse erfolgt, so rechtzeitig von der Uebernahme Mitteilung zu machen, daß er nicht später als der Verletzte von ihr Kenntnis erhält.

b) Es ist darauf zu dringen, daß der Facharzt den Verletzten in die Behandlung des erstbehandelnden (Kassen-) Arztes zurückverweist, sobald dies nach Lage des Falles angängig ist, nötigenfalls sogleich nach der ersten Untersuchung, sofern diese die Notwendigkeit fachärztlicher Behandlung nicht ergibt.

c) Der erstbehandelnde (Kassen-) Arzt ist auf seinen Wunsch über den Verlauf des Heilverfahrens in dem seiner Behandlung entzogenen Falle nach Möglichkeit zu unterrichten.

15. Eine rechtzeitige Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft ist durch nachstehende Maßnahmen sicherzustellen:

a) Auf den rechtzeitigen Eingang der Unfallanzeige ist durch Ordnungsstrafen gegen die säumigen Betriesunternehmer und -beamten hinzuwirken. Gegen Krankenkassen, die ihrer Anzeigepflicht gemäß § 76b des Krankenversicherungsgesetzes nicht genügen, ist nötigenfalls bei der Aufsichtsbehörde Beschwerde zu führen. Künftig hat das Versicherungsamt die Strafbefugnis (§ 1512 der Reichsversicherungsordnung).

b) Bestehen Zweifel an dem Vorliegen eines Unfalls, oder Betriebsunfalls,

---

[1]) Bei Inanspruchnahme aller zu Verfügung stehenden Hilfsmittel (Krankenwagen, Krankenautomobil, Eisenbahnkrankenwagen, Eisenbahngüterwagen, Tragbahren, die nötigenfalls auf eilige Bestellung von der nächsten Eisenbahnstation beschafft und leihweise überlassen werden; Eisenbahnsonderabteil für den Verletzten und seine Begleiter; sachverständige Begleitung; Ruhigstellung der verletzten Körperteile durch großen, dem Kassenarzt angemessen zu vergütenden Ueberführungsgipsverband; Benutzung der Einrichtung für erste Hilfe, Rettungs- und Samariterwesen) ist die Ueberführung fast immer sofort ausführbar.

so ist die Sachlage schleunigst — möglichst schon vor Eingang der polizeilichen Unfalluntersuchungsverhandlung — aufzuklären, geeignetenfalls an Ort und Stelle. Beim Fortbestehen der Zweifel ist gegebenenfalls die Krankenkasse auf die Notwendigkeit eines zweckmäßigen Heilverfahrens hinzuweisen.

c) Läßt die Unfallanzeige die Art der Verletzung zuverlässig erkennen, so ist — immer vorausgesetzt, daß nicht schon die Krankenkasse ein einwandfreies Heilverfahren gewährt (Ziffer 2) — wie folgt zu verfahren:

1. In den in Ziffer 5 aufgeführten Verletzungsfällen ist unverzüglich eine der in Ziffer 6 angegebenen Fürsorgemaßregeln zu treffen, und zwar nach Maßgabe der Bestimmungen der Ziffern 7 bis 13. Empfohlen wird die gleichzeitige Einholung eines Krankheitsberichts (Befundberichts) von dem erstbehandelnden (Kassen-) Arzte, damit der für die weitere Behandlung und Beurteilung wichtige erste Befund festgelegt und für den Fall, daß sich der Durchführung des Heilverfahrens Schwierigkeiten (Einspruch des Verletzten, des Kassenarztes, Unmöglichkeit der Ueberführung usw.) entgegenstellen, dem nachprüfenden Arzte (ärztlichen Berater der Berufsgenossenschaft) die Beurteilung dieser Schwierigkeiten ermöglicht wird.

2. Liegt keiner der in Ziffer 5 aufgeführten Verletzungsfälle vor, so ist nach kurzer Zeit, in der Regel nach etwa 2 bis 3 Wochen, durch Anfrage bei dem Betriebsunternehmer oder in sonst geeigneter Weise festzustellen, ob der Verletzte von dem Unfall ohne Nachteil für seine Erwerbsfähigkeit wieder herstellt ist. Ist dies nicht der Fall, so ist alsdann die Sachlage durch ärztlichen Krankheitsbericht (Befundbericht) oder sonstige Ermittlungen klarzustellen.

d) Läßt die Unfallanzeige die Art der Verletzung nicht zuverlässig erkennen, so ist durch den Betriebsunternehmer oder die Krankenkasse oder auch den behandelnden Arzt — sei es regelmäßig auf Grund einer Vereinbarung oder im Einzelfall auf besondere Anfrage — festzustellen, ob eine „leichte" oder „schwere" Verletzung vorliegt. Als schwer gelten die in Ziffer 5 aufgeführten Verletzungsfälle. Beim Vorliegen einer schweren Verletzung ist gemäß Ziffer 15 c 1, bei einer leichten Verletzung nach Ziffer 15 c 2 zu verfahren.

16. Auch wenn die Krankenkasse ein einwandfreies Heilverfahren eingeleitet hat, empfiehlt es sich wegen der Möglichkeit nachteiliger Zwischenfälle (vorzeitige Entlassung aus dem Krankenhause, Widerstand des Verletzten, Notwendigkeit der Einleitung einer besonderen Massage- und Bewegungskur usw.), das Heilverfahren zu überwachen. Längstens sechs Wochen nach dem Unfall ist festzustellen, ob die Wiederherstellung erfolgt und das Heilverfahren beendet ist. Ist dies nicht der Fall, so ist aufzuklären, worin das Heilverfahren besteht, wie lange es voraussichtlich noch dauern wird und geeignetenfalls welche Verletzungsfolgen noch vorliegen. Auf Grund dieser Feststellungen ist über das weitere Heilverfahren, tunlichst nach Anhörung eines ärztlichen Beraters, zu beschließen.

17. Krankheitsberichte oder sonstige ärztliche Auskünfte sollen in der Regel einem ärztlichen Berater zur Aeußerung vorgelegt werden. Dieser hat geeignetenfalls sofort oder später die Stellung weiterer Fragen an den behandelnden Arzt, Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen, Zuziehung eines zweiten Arztes oder Untersuchung durch einen Facharzt, die Ueberweisung in eine Fachheilanstalt oder sonstige Maßnahmen vorzuschlagen.

D. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Hygiene der Nahrungs- und Genussmittel.

Die Verweildauer der verschiedenen Nahrungssubstanzen im Magen. Von Dr. Wulach, Assistent der mediz. Klinik der Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 44.

Verfasser prüfte den Einfluß verschiedener Nahrungsmittel auf die Zeit der Magenentleerungen mittels der Röntgenmethode und kam zu dem Resultat, daß man dann, wenn man den Magen möglichst wenig belasten will, eine kohle-

hydratreiche Kost verabreichen muß, dagegen dann, wenn man den Magen möglichst lange mit Inhalt gefüllt wissen will, eine fetthaltige, kohlehydratarme Kost geben soll. Die näheren Versuchsergebnisse sind aus den im Original beigefügten Tabellen zu ersehen. Dr. Waibel-Kempten.

Die Verdrängung verfälschter, nachgemachter und minderwertiger Erzeugnisse vom Nahrungsmittelmarkt als Folge intensiver Lebensmittelüberwachung, gemessen an ihren Erfolgen an der Hand statistischer Erfahrungen. Von Prof. Dr. A. Juckenack-Berlin. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Dritte Folge, XLI. Band, Jahrgang 1911, 2. Heft.

Verfasser, der seinen Ausführungen die Ergebnisse der Kriminalstatistik des Deutschen Reiches zugrunde legt, stellt fest, daß die Zahl der wegen Vergehens gegen die Nahrungsmittelgesetze im Deutschen Reiche angeklagten und verurteilten Personen bis zum Jahre 1901 ein langsames Steigen aufweist, daß somit bis zu diesem Zeitpunkt die Nahrungsmittelkontrolle nur einen allmählich wechselnden Einfluß auf den Verkehr mit Lebensmitteln erkennen läßt. Im Jahre 1902 steigt plötzlich die Zahl der Angeklagten und Verurteilten um etwa 50 %, was mit einschneidenden und wichtigen Aenderungen der bisher geübten Kontrolle zusammenhängt. In den darauf folgenden Jahren bleibt die Zahl der Strafsachen zunächst konstant, um dann allmählich abzunehmen trotz weiteren Ausbaues der Nahrungsmittelkontrolle, „ein schlagender Beweis dafür, daß gewisse Fälscher immer mehr die Waffen streckten und sich den Gesetzen unterwarfen.“ Es kann somit als festgestellt angesehen werden, daß eine intensive Lebensmittelkontrolle ganz zweifellos eine Verdrängung gesetzwidriger Erzeugnisse vom Lebensmittelmarkt zur Folge hat. Zunächst nehmen mehr und mehr die groben Verfälschungen und wertlosen Nachahmungen ab, aber auch hinsichtlich des Verkehrs mit minderwertigen unverfälschten Lebensmitteln zeigt die Kontrolle einen heilsamen Einfluß, insofern derartige Produkte als vollwertige Ware vom Markt verdrängt werden. Zum Schluß tritt Verfasser warm dafür ein, daß bei einer Aenderung des bestehenden Nahrungsmittelgesetzes gerade der Verkehr mit minderwertigen unverfälschten Nahrungs- und Genußmitteln eine besondere Regelung erfährt. Selbstverständlich sollen diese vom Konsum nicht ausgeschlossen werden, was einer Vernichtung von Nationalvermögen gleichkäme, sondern dem Publikum soll nur ihre wahre Beschaffenheit nicht verschwiegen werden. In Handelskreisen werde dieser Gedanke allerdings vielfach als undurchführbar hingestellt, seine Durchführung sei aber tatsächlich keineswegs unmöglich und als eine nationale Pflicht der gesetzgebenden Körperschaften zu betrachten.

Dr. Hillenberg-Zeitz.

Onchocerciasis in importiertem Fleische. Von Herbert Williams, M. D., D. P. H., med. off. of health, Port of London. Public health; XXV, Nr. 1, Oktober 1911.

Während in dem Berichte S. 817 dieser Zeitschrift von südamerikanischem Fleisch die Rede war, das in gefrorenem Zustand in England eingeführt infolge schlechten Funktionierens des Kühlapparates für die menschliche Nahrung untauglich war, teilt Williams von australischem Gefrierfleisch mit, daß es in großen Massen einen parasitischen Wurm, Spiroptera reticulata, enthielt. So brachten 1910 zwei Schiffe 5422 Hinterviertel von australischem Rindfleisch, von denen 3403 Onchocerciasis aufwiesen. Das Local Government Board forderte die Sachverständigen Dr. Mac Fadden und Leiper zu einem Berichte auf; Dr. Leipers Schlüsse waren folgende:

1. Die parasitischen Knötchen im australischen Fleisch beruhen ausnahmslos auf dem Vorkommen eines langen, drahtähnlichen Wurms vom Genus Onchocera.
2. Onchocerciasis findet sich auch bei nordamerikanischem Rindfleisch.
3. Die Parasiten gehören zu einer Würmergruppe, die durch ein beißendes Insekt aufgenommen werden und in diesem einen bestimmten Grad der Entwicklung durchmachen, bevor sie auf ein anderes warmblütiges Tier übertragen werden.
4. Die Würmer und ihre Jungen überleben den Tod ihres Wirtes nur

einige Stunden. In dem in England aus Australien eingetroffenen Fleisch sind weder Wurm noch Embryo je lebend eingetroffen worden.

5. Aus 3 und 4 ergibt sich, daß die direkte Entwicklung des Parasiten im Menschen infolge der Nahrungsaufnahme unmöglich ist.

6. Die Knötchen sind das Ergebnis von Gewebsveränderungen unter dem Einfluß eines scharfen, vom Wurm abgesonderten Toxins. Aus diesem Grunde ist das Fleisch für den menschlichen Konsum nicht wünschenswert.

Die australische Regierung hat sich bereit erklärt, Stücke von Tieren, die sonst krankheitsfrei sind und bei denen trotz genauen Suchens nur 3—4 Knötchen gefunden wurden, auch nach Entfernung dieser Herde, nicht zum Export nach England zu verwenden; zum Pökeln oder als Büchsenkonserve hält sie dagegen das Fleisch für tauglich. Dr. Mayer-Simmern.

Ist die Ausdehnung der Milchkontrolle von den Großstädten auf das flache Land notwendig? Von dem städtischen Amtstierarzt H. Hugendubel-München. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1911, Nr. 20.

Die englische Tuberkulose-Kommission hat als Resultat ihrer Arbeit veröffentlicht, daß schwere Fälle von Lungentuberkulose beim erwachsenen Menschen durch den Bacillus der Rinder-Tuberkulose verursacht werden können. Das muß Veranlassung sein, die Milcherzeugung mehr als bisher zu überwachen, weil der Ausspruch Kochs, daß Rinder-Tuberkulose nicht ansteckend für den Menschen sei, als noch nicht zu Recht bestehend angesehen werden kann. Es besteht eben eine Art-Einheit der beim Menschen und beim Rinde vorkommenden Tuberkelbazillen.

Die ländlichen Viehhaltungen lassen viel zu wünschen übrig; es finden sich noch viele kranke Tiere, die zur Milchproduktion verwandt werden. Die Tuberkulose der Milchtiere zeigt in Deutschland eine Zunahme, weil man die hauptsächlichsten Ursachen, die in der immer mehr zunehmenden ausschließlichen Stallhaltung, der schrankenlosen Ausnutzung der Milchtiere, der Zunahme der Inzucht oder verkünstelten Reinzucht und in dem Rückgang der Alm- und Weideflächen liegen, kaum zu beseitigen vermag. Die Staaten, die sich einer naturgemäßeren Viehhaltung erfreuen, zeigen eine geringere Verbreitung der Tuberkulose. Es muß daher eine regelmäßige Kontrolle aller Viehbestände angestrebt, eine Art Milchgesetz geschaffen werden. Ein ähnliches Gesetz hat bereits die freie Stadt Hamburg. Es müssen zur chemischen und bakteriologischen Untersuchung besondere Räume der Sammelmolkereien und größeren Güter, der Bahnhöfe usw. eingerichtet werden, wo Kühlapparate, Zentrifugen und andere Hilfsmittel vorhanden sind. Die Versendung der Milch müßte in plombierten, mit dem Namen des Produzenten versehenen Zinnkübeln erfolgen; öftere, unvermutete Beaufsichtigung des Melkgeschäftes wäre erforderlich usw. Es ist durchaus nötig, daß gewisse Vorsichtsmaßregeln hier beobachtet werden, und die höchste Zeit, daß Regierung und Parlament durch ein Milchgesetz Wandel schaffen.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Die Verwendung von Benzoësäure und ihren Salzen zur Konservierung von Nahrungsmitteln. Gutachten der Königlichen Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen vom 8. Februar 1911. Referenten: Geheimer Med.-Rat Prof. Dr. Heffter und Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Abel. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Dritte Folge, XLI. Bd., 2. Heft, Jahrgang 1911.

Die konservierende Wirkung der freien Säure beginnt in Flüssigkeiten bei einer Konzentration von 0,5 : 1000 und ist besonders stark bei saurer Reaktion derselben. Natriumbenzoat wirkt in stark sauren Flüssigkeiten (Fruchtsäften) in Konzentrationen von 1 : 1000 an. Neuerdings werden die Säure und ihr Salz vielfach zu Konservierungszwecken Nahrungs- und Genußmitteln zugesetzt und besonders zur Haltbarmachung von Margarine verwendet. Manche der im Handel feilgebotenen Konservensalze: Carvin, Bacidol, Bacidolin u. a. enthalten Benzoësäure oder Natriumbenzoat. Ein gesunder Mensch kann täglich 12—15 g Benzoësäure, die als Hippursäure ausgeschieden wird, vertragen; bei einer Dosis von 40 g, in kleinen Gaben gereicht, wurden

Uebelkeit und Kopfschmerzen beobachtet; die gleiche Menge und sogar 50 g wurden aber gut vertragen, wenn man gleichzeitig in reichlicher Menge Glycocoll liefernde Nahrung (Eiweiß, Leim) zuführt. Eingehende Untersuchungen über die Wirkung kleiner, den Organismus längere Zeit hindurch zugeführter Benzoëgaben wurden auf Veranlassung des früheren Präsidenten Rosevelt seitens einer amerikanischen Kommission angestellt, deren Ergebnis dahin lautet, daß die Benzoësäure und das benzoësaure Natrium erst in verhältnismäßig hohen Gaben eine Giftwirkung auf den Organismus entfalten; tägliche Mengen bis zu 0,5 g etwa sind für den menschlichen Körper als harmlos zu bezeichnen. Es besteht aber die Gefahr, daß bei Zusatz der oben genannten Substanzen zu den verschiedenen Nahrungsmitteln und Getränken im ganzen täglich solche Mengen eingeführt werden, daß diese den Organismus zu schädigen vermögen. Ein weiteres Bedenken gegen die Verwendung der Benzoësäure usw. besteht darin, daß bei ihrer Benutzung die für den Verkehr mit leicht zersetzlichen oder fäulnisfähigen Nahrungsmitteln erforderliche Sorgfalt und Reinlichkeit von den Herstellern und Verkäufern außer acht gelassen wird. Die Wissenschaftliche Deputation ist daher der Ansicht, daß die Verwendung der genannten Stoffe zur Konservierung von Nahrungsmitteln nicht zu gestatten sei.

Dr. Hillenberg-Zeitz.

Die Gesundheitsschädlichkeit eines mit Ameisensäure konservierten Zitronensaftes. Gutachten der Königl. Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen vom 22. März 1911. Referenten: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Heffter und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rubner. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Dritte Folge, XLII. Band, 1. Heft, Jahrgang 1911, 3. Heft.

Zitronensaft, der mit 0,24 % Ameisensäure konserviert war, wurde von einem Gerichtsarzt in einer Klagesache als gesundheitsschädlich bezeichnet. Zu dem gleichen Gutachten gelangte das zuständige Medizinalkollegium, obgleich von dessen beiden Berichterstattern der eine die gegenteilige Ansicht vertreten hatte. Die um ein Obergutachten angegangene W. D. f. d. M. führte aus, daß die Ameisensäure, die dem fabrikmäßig hergestellten schlecht haltbaren Zitronensaft in Mengen von 0,2—0,3 Prozent zu Konservierungszwecken zugesetzt wird, nach Art der anderen organischen Säuren, speziell der Essigsäure, aber stärker als diese, ätzend oder in Verdünnungen schädigend auf die Schleimhäute des Magens und Darms, bei Zufuhr größerer Mengen auch auf die Nieren wirke. Da jedoch der Zitronensaft in der Regel nicht rein, sondern in einer Verdünnung mit der 5—10 fachen Menge Wasser genossen wird, so beträgt die wirkliche Konzentration des Ameisesäuregehalts in den genossenen Getränken nur 0,025—0,03 %. In dieser Verdünnung kann man aber die Ameisensäure als unschädlich bezeichnen, da Tierversuche ergeben haben, daß 1/4 bis 1/8 prozentige Lösungen dauernde Schädigungen der Tiere nicht bewirkten, sich vielmehr als ungiftig herausstellten

Mit diesem Gutachten will aber die W. D. f. d. M. eine allgemeine Verwendung der Ameisensäure als Konservierungsmittel durchaus nicht für zulässig erachten. Dr. Hillenberg-Zeitz.

Zur Frage der Verwendung unbekannter, auf ihre Genußfähigkeit nicht geprüfter Fette in der Margarinefabrikation. Bemerkungen zu dem Altonaer Margarineprozeß. Von Geh. Reg.-Rat Dr. W. Kerp. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1. Juli 1911, Nr. 13.

Die Krankheitsursache der an zahlreichen Orten des Reiches aufgetretenen Vergiftungsfälle der Margarinesorten „Backa“, „Luisa“ und „Frischer Mohr“ der Altonaer Margarinewerke Mohr & Co. war, wie die einwandfreien Untersuchungen einer größeren Reihe von Instituten festgestellt haben, in der Anwesenheit eines als Radamonöl bezeichneten Pflanzenfettes zu suchen. Dieses Fett ist nur wenig bekannt und hat mit dem ätherischen Oel des Gewürzes Cardamom nichts gemein; es ist vielmehr mit Maratti-Fett identisch, das aus einer indischen Pflanze gewonnen wird.

In diesem Prozesse haben zwei Fragen von grundsätzlicher Wichtigkeit für die öffentliche Gesundheitspflege eingehende Erörterung gefunden:

1. Ist es gesetzlich zulässig und erscheint es gegebenenfalls auch

weiterhin duldbar, daß Pflanzenfette mehr oder weniger unbekannter Herkunft in die Margarine- und Kunstspeisefettfabrikation eingeführt werden?

Verfasser kommt nach eingehender Prüfung des Pro et Contra zu dem Schlusse, daß die Nachteile, die mit der Einschränkung der Verwendungsmöglichkeit von Pflanzenfetten bei Herstellung der Margarine verbunden seien, erheblich größere wären, als die daraus erwachsenden Vorteile. Wenn von den geltenden gesetzlichen Mitteln unnachsichtiger Gebrauch gemacht würde, so sind auch jetzt schon alle Grundlagen dafür vorhanden, um die Herstellung gesundheitsschädlicher Margarinen mit diesen Willen zu verhindern und zu verhüten.

2. Ist ein Nahrungsmittelfabrikant verpflichtet, sich die erforderliche Sicherheit über die Gesundheitsunschädlichkeit und Genußfähigkeit der von ihm verarbeiteten Rohstoffe zu verschaffen?

Ueber die Verpflichtung eines Nahrungsmittel-Fabrikanten kann nach den im Prozeß erhobenen maßgebenden Begründungen und Interpretationen des Nahrungsmittelgesetzes nicht der geringste Zweifel bestehen.

„Es darf,“ so schließt Verfasser seine interessanten Ausführungen, „als sicher gestellt gelten, daß die im Margarine- und Nahrungsmittelgesetz gegebenen Handhaben völlig ausreichen, nicht nur, um den Fabrikanten, der vorsätzlich oder fahrlässig die ihm obliegende Sorgfalt außer acht läßt, zur Rechenschaft zu ziehen, sondern auch, was bei weitem wichtiger ist, einer Gefährdung der Volksgesundheit durch Herstellung gesundheitsschädlicher Nahrungsmittel wirksam vorzubeugen. Dr. Dörschlag-Strelno.

Ist das gebackene Brot steril? Von B. von Fenyvessy und L. Dienes. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 69, H. 1.

Die Temperatur im Innern der Brote erreicht beim Backen 94° bis 104°; demzufolge werden so nicht sporenbildende pathogene Keime, die zufällig während des häufig nicht einwandsfreien Backprozesses in den Teig geraten, wohl mit Sicherheit abgetötet werden. Die Verfasser haben jedoch im Innern des gebackenen Brotes häufig entwickelungsfähige Sporen gefunden; es ist somit die Möglichkeit gegeben, daß auch einmal pathogene Sporen durch den Backprozeß nicht abgetötet werden; über auf diesem Wege entstandene Infektionen ist allerdings bis heute nichts bekannt geworden.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Dauerwarenprüfungen durch die Deutsche Landwirtschafts-Gesellschaft. Von Dr. W. Schultze. Desinfektion; 1911, Nr. 10.

Die Dauerwaren-Industrie hat in Deutschland ihre volle Berechtigung und große Bedeutung; denn ohne ihre Waren werden die Lagerräume der Marine und des Landheeres nicht jederzeit den für einen Kriegsfall notwendigen Bestand sich beschaffen können. Außerdem ist aber die Gewinnung der Rohware in der heimischen Landwirtschaft in einzelnen Betriebszweigen nicht gleichmäßig über das ganze Jahr verteilt, so daß wir zuzeiten mit einem Ueberfluß zu rechnen haben, dem nur durch Verarbeitung auf Dauerware entgegengetreten werden kann. Dies gilt in erster Linie für Obst und für Gemüse. Dies sind die Gesichtspunkte gewesen, die zu den Preisausschreiben für Dauerwaren des In- und Ausland, insbesondere für Schiffsbedarf, die Deutsche Landwirtschafts-Gesellschaft veranlaßt haben. Dazu kommt noch ferner, daß die Deutsche Landwirtschaftsgesellschaft im engsten Zusammenhange mit der Industrie arbeiten will, weil die Dauerwaren-Industrie die Mitarbeit der heimischen Landwirtschaft nicht entbehren kann. Ueberall zeigt sich, welche große Bedeutung zur Erlangung einer einwandfreien Dauerware die gute Beschaffenheit der Rohware spielt; diese in der notwendigen Weise zu gewinnen, wird die Aufgabe der Landwirtschaft bleiben, während ihr nur das unmittelbare Zusammenarbeiten mit der Industrie die nötigen Fingerzeige über deren Anforderungen an die Rohwaren geben kann.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber die besonderen Eigenarten des Kaffeegetränkes und das Thumsche Verfahren zur Kaffeereinigung und Verbesserung. Von Prof. Dr. Erich Harnack. Aus dem pharmakologischen Institut der Universität Halle. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 35.

Verfasser sucht zunächst die Frage zu beantworten, worauf die speziell ungünstigen Wirkungen des Kaffees eigentlich beruhen, und kommt dann auf das neue Verfahren der Kaffeereinigung und Verbesserung nach Thum zu sprechen, daß darin besteht, daß die Bohne in dem Zustand, in dem sie sich als Handelsware befindet, nur wenige Minuten lang in einer Trommel unter Berührung mit Wasser von 65—70° C. einen energischen Bürstprozeß unterworfen und dadurch gesäubert, d. h. von einer erstaunlichen Menge unnützer Stoffe an der Oberfläche befreit wird. Unmittelbar darauf wird sie in der nämlichen, aus dem Waschwasser gehobenen Trommel der Maschine etwa 10 Minuten lang soweit getrocknet, daß sie noch leicht feucht ist. In diesem Zustand kommt sie sofort in den Röstapparat.

Verfasser meint, daß durch das Thumsche Verfahren ein wesentlicher Vorteil in hygienischer Hinsicht gewonnen werde, und faßt das Ergebnis seiner Untersuchungen in folgende Sätze zusammen:

1. Die speziell nachteilige Wirkung des Kaffees erstreckt sich auf den Magen und mittelbar durch diesen auf das Herz.

2. Diese Wirkung geschieht durch die flüchtigen Röstprodukte der Bohne.

3. Das Kaffeegetränk ist in physikalischer Hinsicht etwas durchaus anderes als der Tee. Kaffee ist weit mehr hypertonisch und hat eine viel geringere Oberflächenspannung als Wasser. Tee ist stets hypotonisch und hat die gleiche hohe Oberflächenspannung wie das Wasser. Tee ist daher für den Magen völlig unschädlich.

4. Das Thumsche Verfahren liefert reinen Kaffee unter Erhaltung seines Koffeinbesitzes. Durch den Wegfall der Röstprodukte aus den der Oberfläche der Bohne adhärierenden Substanzen ergibt sich eine gleichmäßigere Röstung und ein Getränk, das einen reinen Geschmack besitzt und soweit sich das jetzt schon beurteilen läßt, auch vom Magen etc. besser vertragen wird.

Dr. Waibel-Kempten.

---

2. Gewerbehygiene.

Ueber Arbeiterschutzkommissionen in Fabriken. Von Gewerbeinspektor Dr. Bender-Charlottenburg; 1911, Nr. 21.

In den diesjährigen Berichten der staatlichen und technischen Aufsichtsbeamten treten wie in den Vorjahren die Klagen über das geringe Interesse der Arbeiter für die Maßnahmen der Unfallverhütung zutage. Erst neuerdings haben Arbeitgeber und Gewerbeaufsichtsbeamte, ferner die Organisationen der Arbeitgeber und Arbeiter sich bemüht, in den Kreisen der Arbeitnehmer ein erhöhtes Interesse für den Schutz gegen die Gefahren des Betriebes zu erwecken. Mit Recht hat die Maschinen- und Kleineisenindustrie-Berufsgenossenschaft beantragt, man möge in den Fortbildungsschulen ständigen Unterricht einführen, in dem die Bedeutung der Fragen der Unfallverhütung und ersten Hilfe bei Unfällen schon dem Lehrlinge klar gemacht würde. Eine ganz besonders wichtige Rolle spielt in dieser Frage die Begründung von Arbeiterschutzkommissionen, die in der Fabrik für Verbesserung der Unfallschutzvorrichtungen zu sorgen haben. Zu erwähnen ist noch, daß die Tätigkeit der Kommission sich auch auf gesundheitlichem Gebiete nutzbringend erwiesen hat. Es ist zu wünschen, daß Kommissionen ähnlicher Art mehr wie bisher Verbreitung finden, um das Interesse für die Mitwirkung der Arbeiter für Unfall- und Krankheitsverhütung zu erhöhen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Zwei Vergiftungsfälle bei Beschlupfen frisch gepichter Fässer. Von Landesgewerbearzt Dr. Koelsch-München. Konkordia; 1911, Nr. 20.

Eine eigenartige gewerbliche Vergiftung ereignete sich vor einiger Zeit in einer Brauerei beim Reinigen eines frisch gepichten, etwa 50 hl haltenden Mutterfasses, das mit einer Pechlösung (95 Pech zu 5 Paraffin) ausgepicht, dann einige Zeit im Hofe herumgerollt, mit offenem Mannloch im luftigen Keller gelagert und am nächsten Morgen luftdicht verschlossen worden war. Nach etwa 14 Tagen wurde das Mannloch zwecks Auswaschens des Faßes geöffnet und von zwei Arbeitern beschlupft, wobei die Spundöffnung offengehalten wurde. Doch schon nach wenigen Minuten mußten beide Arbeiter bewußtlos und mit Händen und Füßen um sich schlagend unter großer Mühe herausgeholt werden. Aerztlicherseits wurden epilepsieartige Krämpfe, weite

reaktionslose Pupille, kleiner, sehr schneller Puls und kalter Schweiß auf der Stirne konstatiert. An der frischen Luft kam einer der Arbeiter rasch wieder zu sich; beim jüngeren mußte künstliche Atmung angewandt werden. Bei diesem hielt die Bewußtlosigkeit etwa eine Stunde an, doch konnte er die Arbeit am folgenden Tage ohne Störnng wieder aufnehmen, während der ältere noch über Kopf- und Rückenschmerzen klagte und vier Tage arbeitsunfähig war.

Was die Ursache dieser Gasvergiftung betrifft — denn um eine solche handelte es sich zweifellos —, so boten die Krankheitssymptome keinerlei charakteristisches Bild, auf Grund dessen auf ein bestimmtes Gas hätte geschlossen werden können. Als krankmachendes Agens muß man die schweren Kohlenwasserstoffe ansprechen, also Gase, die der Benzolreihe nahestehen und im Pechdampf als Harzile, Pinoline und Terpene enthalten sind. Allerdings können die im Fasse enthaltenen Kohlenwasserstoffmengen nicht sehr erheblich gewesen sein, da das brennende Licht keine explosiblen Erscheinungen veranlaßte.

Um so mehr verdienen daher die beiden, in der Brautechnik bisher einzig bekannten Intoxikationen Interesse und berechtigen zur Forderug, frisch gepichte Fenster vor dem Beschlupfen genügend lange zu entlüften, bezw. für die Möglichkeit rascher Herausbeförderung der im Innern derartiger Fässer beschäftigten Arbeiter Vorsorge zu treffen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber tödliche Vergiftungen mit Phosgen. er. Konkordia; 1911, Nr. 18.

Aus den mitgeteilten Beobachtungen und Versuchen geht hervor, daß das Phosgen, das neuerdings viel und in augenscheinlich noch zunehmendem Maße bei der Anilinfarbendarstellung Verwendung findet, ernste Gesundheitsstörungen hervorrufen kann. Infolgedessen ist bei seiner Herstellung und Verwendnng große Vorsicht geboten, besonders muß durch entsprechende Einrichtung des Betriebes dafür gesorgt werden, daß die etwa entweichenden Phosgengase oder -dämpfe nicht in die Atmungsorgane der damit beschäftigten Personen gelangen können, sondern in zuverlässiger Weise abgeführt und unschädlich gemacht werden. Die Erfahrungen haben inzwischen gelehrt, daß auch andere chemische Fabriken Phosgen verarbeiten. Als solche bezeichnet die Berufsgenossenschaft außer Phosgen folgende Gase und Dämpfe: Azetylen, Ammoniak, Arsenwasserstoff, Camphylen, Chlor und Brom, Chlorschwefel, Zyanwasserstoff (Blausäure) Alkohol, Aether-Brommethyl, Bromäthyl, Chlormethyl, Chloräthyl, Jodmethyl, Methylalkohol, Azeton, Tetrachlorkohlenstoff, Benzol, Toluol, Xylol, Benzin, Dimethylsulfat, Fluorwasserstoff (Flußwasserstoff, Flußsäure), Formaldehyd-Gase in Teer- und Mineralöl-Destillationsapparaten, Gase und Dämpfe der aromatischen Nitro- und Amidoverbindungen (Nitrobenzol, Anilin, Dinitrobenzol Dinitrotoluol, Chlornitrobenzol), Gase und Dämpfe der Holzdestillation, Kohlenoxyd (Kohlendunst), Generator-, Misch- und Wassergas, Kohlensäure, Leuchtgas und Oelgas (Fettgas), Nitrose-Gase, Phosphorchlorid (Phosphortri-, Phosphoron- und Phoshorpentechlorid), Phosphordämpfe, Phosphorwasserstoff, Schwefelwasserstoff, Schwefelkohlenstoff, schweflige Säure, Sumpfgas und Wasserstoft. Zum Einfüllen der Materialien während des Ganges der Prozesse dürfen nur die dazu bestimmten Oeffnungen benutzt werden. Das Hineinstecken des Kopfes in die Apparate während dieser Zeit ist strengstens verboten. Wo bei chemischen Prozessen und Arbeiten mit Gasentwickelung die sichere Abführung gefährlicher Gase oder Dämpfe nicht möglich ist, müssen den Arbeitern geeignete Respirationsapparate zur Verfügung gestellt werden. Die Arbeiter sind in solchen Fällen zur Benutzung der Respirationsapparate zu verpflichten. Neben der wirksamen Ableitung der Gase muß für kräftige Ventilation der Räume gesorgt werden. Mit Recht wird weiterhin auf die Unterweisung der Arbeitnehmer besonderer Wert gelegt. Schließlich sei noch hervorgehoben, daß die Unfälle mit giftigen Gasen vielfach bei Versuchsarbeiten zur Einführung neuer Verfahren sich zutragen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die gewerblichen Vergiftungen mit Benzol und seinen Derivaten und ihre Frühdiagnose. Von Dr. Fr. Curschmann. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; Bd. 43, H. 2.

Das Benzol und seine Derivate sind Gifte, und zwar wirken die Roh-

produkte, Benzol und seine Homologe als Nervengift mit Nebenwirkungen grobanatomischer Art, die Nitro- und Amidoverbindungen als reine Blutgifte; im speziellen sind die Nitroverbindungen als Blutkörperchen auflösend, die Amidoverbindungen als Methämoglobinbildner aufzufassen. Durch geeignete Prophylaxe sind die dem Arbeiter drohenden Gefahren, wenn auch nicht ganz zu beseitigen, doch auf ein Minimum zurückzuführen. Neben geeigneter Einrichtung des Betriebes wird die Prophylaxe einmal in der toxikologischen Untersuchung neuer Produkte vor ihrer fabrikmäßigen Herstellung und in der ständigen gesundheitlichen Ueberwachung durch einen Fabrikarzt zu suchen sein.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Tagesnachrichten.

Das preußische Medizinalwesen im Staatshaushaltsetat 1912/13. Der neue Etat bringt im Vergleich zu dem vorjährigen verhältnismäßig wenig Aenderungen; soweit solche aber zutage treten, sind sie erfreulicher Natur. Dies gilt z. B. in bezug auf die Vermehrung der vollbesoldeten Kreisarztstellen, die diesmal 5 beträgt (Lichtenberg bei Berlin, Recklinghausen-West, Minden, Hamm und Essen-Land), während im Vorjahre eine solche Umwandlung nur bei 3 nicht besoldeten Kreisarztstellen vorgesehen war. Damit steigt die Ziffer der vollbesoldeten Kreisärzte (einschließlich der Hilfsarbeiter bei den Königl. Regierungen und der Vorsteher der Medizinaluntersuchungsämter) auf 77 = 14 % der Gesamtzahl (536); hoffentlich erfolgt in den nächsten Jahren die Umwandlung in einem etwas schnelleren Tempo, so daß das erste Hundert recht bald erreicht wird. Erfreulich ist weiterhin die wesentliche Erhöhung des in den außerordentlichen Etat eingestellten Betrages für die Abhaltung von Fortbildungskursen (von 29800 M. auf 45000 M.); es sollen nicht nur wie bisher zwei derartige Kurse in der Hygiene und Bakteriologie, gerichtliche Medizin und Psychiatrie für je 25 Kreisärzte stattfinden, sondern auch je ein Kursus auf dem Gebiete der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung sowie in der sozialen Medizin, „um die Medizinalbeamten mit den auf diesem wichtigen Gebiete an sie herantretenden Aufgaben vertraut zu machen". Zwei Kreisarztstellen (Iburg-Wittlage und Osnabrück Land) sollen künftighin zu einer vereinigt werden, was bei dem geringen Umfange des erstgenannten Kreises durchaus zweckmäßig ist. Weiterhin läßt die erfolgte Herabsetzung des Zuschusses für Granulosebekämpfung (von 150000 auf 100000 M.) die Annahme rechtfertigen, daß die mit aller Energie jahrelang durchgeführte Bekämpfung die Verbreitung dieser Krankheit sehr erheblich eingeschränkt hat. Erfreulich ist auch, daß jetzt in Pos. 21 für den pharmazeutischen Bevollmächtigten bei den Apothekenrevisionen außer den Reisekosten und Tagegelder noch eine besondere Entschädigung von 10 M. für jede Besichtigung vorgesehen ist, um sie für ihre während dieser Zeit dem eigenen Geschäftsbetrieb entgangene Tätigkeit zu entschädigen; desgleichen ist die gering bemessene Entschädigung für Reagentien um 600 M. (etwa um $33^1/_3$ %) erhöht. Es darf wohl angenommen werden, daß diese Entschädigungen nur Durchschnittssätze bedeuten; denn es wäre jedenfalls nicht billig, wenn der pharmazeutische Bevollmächtigte für die einen ganzen Tag in Anspruch nehmende Revision die gleiche Entschädigung für seine Mühewaltung und für Verbrauch der Reagentien erhalten würde, wie für die Revision von homöopathischen oder allopathischen Hausapotheken oder von Dispensieranstalten, von denen oft 3—4 an einem Tage besichtigt werden und bei den der Verbrauch der Reagentien ein geringer ist. Es empfiehlt sich deshalb die betreffenden Entschädigungen für die Besichtigungen der Vollapotheken höher als für alle übrigen Arzneiversorgungsanstalten festzusetzen. Vermißt haben wir leider ebenso wie im Vorjahre einen Betrag für regelmäßige amtliche Konferenzen der Regierungs- und Medizinalräte am Sitz der Zentralinstanz, denn über ihre Notwendigkeit dürfte wohl kaum ein Zweifel herrschen.

Wir lassen nun nachstehend die einzelnen Positionen des Etats folgen:

A. Dauernde Ausgaben.

1. Besoldung von 39 Mitgliedern (mit 600—1200 M.) und 36 Assessoren (mit 600—1050 M.) der Provinzialmedizinalkollegien . . . . 59 855,— M.

	Besoldung von 37 Regierungs- und Medizinalräten mit 4200—7200 M. und von 1 Regierungs- und Medizinalrat mit 1200 M. . . . . , ...	251 400,— M.[1])
	Außerdem für 13 Regierungs- und Medizinalräte pensionsfähige Zulagen von 600 Mark	7 800,— „
	Vermerk: Die Regierungs- und Medizinalräte und die Direktoren der hygienischen Institute in Beuthen und Saarbrücken erhalten bis zu einem Drittel der Gesamtzahl der etatsmäßigen Stellen je 600 M. pensionsfähige Zulage.	
	Besoldung von 7 vollbesoldeten Kreisärzten als ständige Hilfsarbeiter bei den Regierungen in Königsberg, Potsdam, Breslau, Oppeln, Arnsberg und Düsseldorf, sowie bei dem Polizeipräsidium in Berlin (mit 300—7200 M.)	30 600,— „
2.	Besoldung von 59 vollbesoldeten Kreisärzten (3000—7200 M.), 459 nicht vollbesoldeten Kreisärzten, darunter 18 nicht vollbesoldete Gerichtsärzte, mit mindestens 2100, höchstens 3900 M., im Durchschnitt 3000 M., sowie für sonstige Besoldungen	1 728 171,— „ [2])
3.	Wohnungsgeldzuschüsse	97 740,— „ [3])
4.	Remunerierung von 35 Kreisassistenzärzten (darunter 1 [in Trier] künftig fortfallend) und von Hilfsarbeitern im Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamtendienst bei den Provinzial-Medizinalkollegien sowie zu Beihilfen für die Wahrnehmung der Obliegenheiten des Kreisarztes durch Gemeindeärzte .	75 550,— „ [4])
5.	Stellenzulagen für nicht vollbesoldete Kreis-, einschließlich der Gerichtsärzte	215 050,— „ [5])
5a.	Entschädigungen an die vor dem 1. April 1908 angestellten vollbesoldeten Kreisärzte für den Fortfall der Fuhrkostenentschädigung und der übrigen ihnen bisher zugeflossenen Gebühren für Dienstgeschäfte . . . . , .	5 000,— „ [6])
6.	Geschäftsbedürfnisse der Provinzial-Medizinalkollegien (820 M.), Dienstaufwandsentschädigung für 2 Regierungs- und Medizinalräte in Berlin (je 1200 M.), für Vertretung von Reg.- und Medizinalräten und von als ständige Hilfsarbeiter bei den Regierungen beschäftigten vollbesoldeten Kreisärzten (3000 M.), Remuneration für die Prüfung der Rezepte und Rechnungen über die für Staatsanstalten gelieferten Arzneien (3500 M.), Dienstaufwandsentschädigungen für die vollbesoldeten Kreisärzte bis zu 1150 M., im Durchschnitt 900 M., für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte einschl. der Gerichtsärzte bis zu 900 M., im Durchschnitt 400 M. (237 700 M.), nicht aversionierte Pottporto- und Gebührenbeträge, einschließl. Fernsprech-, Telegramm- und sonstige Frachtgebühren für dienstliche Sendungen der Kreisärzte (380 M.) sowie Reisekosten für auswärtige Mitglieder der Provinzial-Medizinalkollegien, Reisekosten	

[1]) Mehr: 600 M. nach Maßgabe des Dienstalters.

[2]) Mehr: 19200 M. Anfangsgehalt von 5 vellbesoldeten Kreisärzten für die Kreisarztbezirke Lichtenberg, Recklinghausen-West, Minden, Hamm, Essen-Land und nach dem Dienstalter. Fortfallen: 19800 M. für 6 nicht vollbesoldete Kreisarztstellen (die Kreisarztbezirke Iburg-Wittlage und Osnabrück Land werden zu einem Kreisarztbezirke zusammengelegt) und 2 Amtsphysiker, bleibt weniger 600 M.

[3]) Mehr: 4160 M. für die 5 neuen vollbesoldeten Kreisarztstellen; weniger: 1040 M. infolge der anderweiten Regelung der Wohnungsgeldzuschüsse, bleibt mehr 3120 M.

[4]) Weniger: 2000 M. für eine eingegangene Kreisassistenzarztstelle, die der Vorsteher des Laboratoriums für die Mainwasseruntersuchung in Wiesbaden innehatte und 666 M. für Bedürfnisse bei dem Prov.-Med.-Kollegium in Kiel, zusammen 2666 M.

[5]) Weniger: 5700 M.

[6]) 25 000 M. weniger erforderlich.

	für auswärtige Mitglieder der Provinzial-Medizinalkollegien, Reisekosten und Entschädigungen für die Erstattung schriftlicher Gutachten und Berichte an die psychiatrischen Mitglieder der Besuchskommissionen für die Beaufsichtigung der Privat-Irren- usw. Anstalten und Reisekosten für die auswärtigen Mitglieder des Beirats für das Apothekenwesen (14050 M.)	261 850,— M. [7]
7.	Beihilfen zum Studium medizinal-technischer wichtiger Einrichtungen und Vorgänge	8 000,— „
8.	Reisekosten der Kreismedizinalbeamten	865 000,— „
9. u. 10.	Remunerierung der Mitglieder und Beamten der Kommissionen für die Staatsprüfung der Aerzte, Zahnärzte, Apotheker, Kreisärzte und Nahrungsmittelchemiker	203 000,— „
11.	Institut für Infektionskrankheiten	248 125,— „ [8]
12.	Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung in Berlin	179 860,— „ [9]
13.	Bad Bertrich	83 070,— „
14.	Hygienisches Institut in Posen	71 800,— „ [10]
15.	Hygienisches Institut in Beuthen (Oberschl.)	30 970,— „ [11]
16.	Hygienisches Institut in Saarbrücken	18 700,— „ [12]
17.	Medizinal-Untersuchungsämter (11 vollbesoldete Kreisärzte (in Gumbinnen, Danzig, Potsdam, Stettin, Breslau, Magdeburg, Hannover, Stade, Münster, Koblenz und Düsseldorf), 11 Kreisassistenzärzte als Assistenten dieser Aemter und 2 Kreisassistenzärzte als Leiter der Untersuchungsstellen in Bromberg und Sigmaringen	166 790,— „ [13]
18.	Zuschüsse für einige Krankenanstalten	5 660,— „
19. u. 20.	Impfwesen (Remunerierung der Vorsteher, Assistenten, Tierärzte, sächliche Ausgaben, Impfprämien usw.)	110 255,— „
21.	Kosten der amtlichen Apothekenbesichtigungen durch die hierzu Bevollmächtigten	57 500,— „ [14]
22. u. 23.	Unterstützungen für aktive Medizinalbeamte (7500 M.), für ausgeschiedene Medizinalbeamte sowie für Witwen und Waisen von Medizinalbeamten (60 000 M.)	67 500,— „

[7]) Mehr: 2560 M. für Amtsunkostenentschädigung infolge Umwandlung von 5 nicht vollbesoldeten in vollbesoldete Kreisarztstellen; weniger wegen Zusammenlegung der Kreisarztbezirke Iburg, Wittlage und Osnabrück und Uebertragung der Ausgaben für die Geschäftsbedürfnisse bei den Prov.-Med.-Kollegien auf den Etat des Finanzministeriums 3265 M., mithin weniger 765 Mark.

[8]) Mehr: 5970 M. für 2 Hilfsarbeiterinnen für die Laboratorien, und nach dem Dienstalter der Beamten.

[9]) Mehr: 8800 M. nach dem Dienstalter der Beamten und zur Remunerierung von Hilfsarbeitern.

[10]) Mehr: 11526 M., und zwar für 2 Assistenten (4200 M.), 1 Bureauhilfsarbeiter, 1 Hilfsdiener (2910 M.) und allgemeine Geschäftsbedürfnisse (6100 M.), weniger nach dem Dienstalter der Beamten 1634 M.

[11]) Mehr: 2460 M. nach dem Dienstalter der Beamten und infolge anderweiter Regelung des Wohnungsgeldzuschusses.

[12]) Mehr: 2560 M. infolge Einstellung des Gehalts- und des Wohnungsgeldzuschusses für den Direktor für ein volles Jahr.

[13]) Mehr: 13370 M. nach dem Dienstalter der Beamten, Erhöhung der Vergütung für Bureau- und Schreibhilfe, grobe Reinigungsarbeiten und Hilfskräfte für technische Hilfeleistung bei den Untersuchungsarbeiten.

[14]) Hier sollen jetzt auch die Reisekosten der pharmazeutischen Bevollmächtigten verrechnet werden; es sind dafür 40000 M. eingestellt. Ferner ist in Aussicht genommen, den Bevollmächtigten neben den Reisekosten allgemein noch eine besondere Entschädigung für ihre Mühewaltung und die dem eigenen Geschäftsbetrieb entzogene Tätigkeit in Höhe von 10 M. für jede Besichtigung zu gewähren; der dafür eingestellte Betrag beträgt 15000 M. Endlich ist der bisherige Betrag für Reagentien (1900 M.) um 600 M. erhöht. Daher mehr: 55600 M.

23 a.	Unterstützungen für die auf Grund des § 15 des Kreisarztgesetzes auf Wartegeld gestellten Medizinalbeamten (künftig wegfallend)	25 000,— M.
24.	Almosen an körperlich Gebrechliche zur Rückkehr in die Heimat, sowie für arme Kranke	900,— „
25.	Für medizinalpolizeiliche Zwecke, einschließlich 8000 M. zur Bestreitung der Kosten der sanitätspolizeilichen Kontrolle behufs Abwehr der Choleragefahr und 25 987 M. für das Lepraheim im Kreise Memel	234 987,— „
26.	Hafen- und Schiffsüberwachung einschließlich der Quarantäneanstalten	49 620,— „ [15]
27.	Ausführung des Gesetzes, betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten	100 000,— „
28.	Unterstützung des Bezirkshebammenwesens	100 000,— „
29.	Verschiedene andere Ausgaben (Zuschuß für Aerzte auf verschiedenen Ost- und Nordseeinseln, Beihilfe für ärztliche Fortbildungskurse (15 000 M.) usw.	37 749,— „
30.	Umzugskosten	16 000,— „
	Zusammen:	5 409 197,— M.
	im Vorjahre:	5 340 766,— „
	Danach mehr:	68 431,— M.

B. Einmalige und ausserordentliche Ausgaben.

a) 45 000 M. zur Abhaltung von Fortbildungskursen für Medizinalbeamte (im Vorjahre 29 800 M.[16])
b) 9000 M. zur Abhaltung von Fortbildungskursen für pharmazeutische Bevollmächtigte zu den amtlichen Besichtigungen der Apotheken (wie im Vorjahre).
c) 300 000 M. zum Neubau eines Dienstgebäudes für die Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung (zweite und letzte Rate).[17])
d) 117 500 M. zum Neubau einer Tollwutstation bei dem Institut für Infektionskrankheiten in Berlin.
e) 22 000 M. zum Ankauf eines Hauses in Bad Bertrich als Dienstwohnung für den Badekommissar und als Badebureau.
f) 2500 M. für innere Einrichtung des hygienischen Instituts in Beuthen.
g) 11 000 M. zur Unterstützung des in Saarbrücken bestehenden bakteriologischen Untersuchungsanstalt (wie im Vorjahre).
h) 100 000 M. zur Bekämpfung der Granulose (weniger 150 000 M.).
i) 20 000 M. zur Bekämpfung des Typhus im Reg.-Bez. Trier (wie im Vorjahre).
k) 17 000 M. zur Unterhaltung eines Laboratoriums der Versuchs- und Prüfungskommission für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung für die Zwecke der Mainwasseruntersuchung in Wiesbaden.
l) 5550 M. zu Neu- und Ergänzungsbauten bei dem Lepraheim im Kreise Memel.
m) 10 000 M. zu Beihilfen zur Krebsforschung (wie im Vorjahre).
n) 20 000 M. für Verbreitung von Druckschriften und Versandtgefäßen gemäß der Ausführungsbestimmungen zum Seuchengesetz (wie im Vorjahre).

[15]) Weniger: 400 M. nach Maßgabe des Bedürfnisses.

[16]) Es sind 2 Fortbildungskurse für je 25 Kreisärzte in der Hygiene und Bakteriologie, der gerichtlichen Medizin und Psychiatrie in Aussicht genommen, ferner ein Unterweisungskursus auf dem Gebiete der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung und außerdem ein Fortbildungskursus in der sozialen Medizin, um sie mit den auf diesem wichtigen Gebiete an sie herantretenden Aufgaben vertraut zu machen.

[17]) Der Neubau soll auf dem für Staatsbauten reservierten Teile der Domaine Dahlem errichtet werden. Die gesamten Kosten sind einschließlich innerer Einrichtung auf 500 000 M. veranschlagt.

o) **30000 M.** zu Beihilfen zur Anstellung von Weinkontrolleuren im Hauptberufe behufs Durchführung des Weingesetzes vom 7. April 1909 — R. G. Bl. S. 393 (wie im Vorjahre).

Zusammen: 732050 Mark.

Unter dem 9. d. M. bringt das Bayerische Gesetz- und Verordnungsblatt (Nr. 2) eine Königliche Verordnung über den **amtsärztlichen Dienst** bei den Distriktsverwaltungsbehörden und Gerichten, durch die dieser eine den heutigen Anforderungen und den Wünschen der beteiligten Medizinalbeamten entsprechende Regelung erfährt. Im Anschluß hieran wird in allernächster Zeit auch eine neue **Dienstanweisung für die Bezirks- und Gerichtsärzte** erscheinen. Sobald diese veröffentlicht ist, wird sie mit der obengenannten Verordnung in der Beilage zur Zeitschrift veröffentlicht und gleichzeitig von kompetenter Seite besprochen werden.

Ueber **die amtsärztliche Untersuchung der Führer von Kraftfahrzeugen** sind in Preußen unter dem 13. November 1911 (s. S. 17 der heutigen Beilage) die gleichen Vorschriften wie in Bayern erlassen (s. Beilage zu Nr. 1 dieser Zeitschrift S. 10/12); es geht daraus hervor, daß in dieser Hinsicht zwischen den einzelnen Bundesregierungen eine Vereinbarung stattgefunden hat, ein Verfahren, das sich auch sonst empfielt.

Dem preußisshen Landtage ist der **Entwurf eines Wassergesetzes** vorgelegt, der das gesamte Wasserrecht einheitlich und erschöpfend für ganz Preußen regelt. Es enthält demgemäß auch Vorschriften über die Reinhaltung der Gewässer, über die Entnahme von Wasser zur Trinkwasserversorgung sowohl aus dem Grundwasser, als aus Flüssen und stehenden Gewässern; desgleichen ist darin eine gesetzliche Regelung des Talsperrenwesens vorgesehen. Der Gesetzentwurf ist somit auch in hygienischer Hinsicht von großer Bedeutung; der Vorstand des Preußischen Medizinalbeamtenvereins hat deshalb in seiner Sitzung am 15. d. M. beschlossen, ihn auf die Tagesordnung der diesjährigen, voraussichtlich am 26. April in Berlin stattfindenden Hauptversammlung zu setzen.

In Preußen sind im Jahre 1911 von Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin an **Hebammen** nach vierzigjähriger Tätigkeit in ihrem Berufe **goldene Broschen** verliehen: in den Provinzen Brandenburg, Schlesien und Westfalen je 17 (darunter 2 in Berlin), in der Provinz Hessen-Nassau und der Rheinprovinz je 16, in der Provinz Sachsen 15, in den Reichlanden Elsaß-Lothringen 14, in der Provinz Ostpreußen 12, in den Provinzen Hannover und Westpreußen je 6, in den Provinzen Posen und Schleswig-Holstein je 5, in der Provinz Pommern 4, zusammen 150.

Der im September 1911 wegen der in Italien herrschenden Cholera vertagte **VII. Internationale Dermatologen-Kongreß** findet vom 8. bis 13. April 1912 unmittelbar vor dem Internationalen Tuberkulosekongreß statt. Die italienischen Bahnen gewähren den Teilnehmern eine Ermäßigung. Anmeldungen zu Vorträgen nimmt der Sekretär für Deutschland, Herr Sanitätsrat Dr. O. Rosenthal-Berlin W. 45, Potsdamerstraße 121 g, bis zum 20. Februar entgegen.

Der **XVII. internationale medizinische Kongreß** wird vom 6. bis 12. August in London stattfinden. Präsident des Kongresses wird Sir Thomas Barlow sein, Schatzmeister die Herren Sir Dyce Dückarth und G. H. Makins, Präsident des Eyekutivkomitees Sir Alfred Pearce Gould und Generalsekretär W. P. Herringhaus. Ein deutsches Reichskomitee unter dem Vorsitz von Geh. Rat Prof. Dr. Waldeyer-Berlin ist in Bildung begriffen.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unter-

richtsangelegenheiten sind in der Zeit vom 3. bis 23. Dezember 1911 erkrankt (gestorben) an: Aussatz, Gelbfieber, Rückfallfieber, Fleckfieber, Pest, Cholera, Tollwut: — (—); Pocken: — (—); Milzbrand: 4 (—), 3 (—), 2 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 1 (—), 3 (—), — (—); Unterleibstyphus: 293 (39), 270 (40), 284 (32), Ruhr: 4 (1), 2 (2), 1 (—); Paratyphus: — (—), — (—), 1 (—); Diphtherie: 2604 (193), 2783 (187), 2511 (184); Scharlach: 2111 (74), 2248 (68); 1949 (72); Kindbettfieber: 130 (33), 133 (41), 134 (40); übertragbare Genickstarre: 6 (2), 3 (1), 5 (3); Fleisch- usw. -Vergiftung: 2 (—), — (—), 13 (1); Körnerkrankheit (erkrankt): 158, 277, 253; Tuberkulose (gestorben): 656, 716, 693.

Pest und Cholera. In Aegyten sind in der Zeit vom 16. Dezbr. v. J. bis 5. Januar d. J. 31 Erkrankungen an Pest und 27 Todesfälle vorgekommen, davon 22 (22) in Manfalut. In Rußland ist die Seuche wieder etwas stärker in der Kirgisensteppe (Gouvernement Astrachan) aufgetreten und hat hier in der Zeit vom 21. Nov. bis 23. Dezember v. J. 101 Erkrankungen und 89 Todesfälle verursacht. In Indien sind während der drei Wochen vom 19. November bis 9. Dezember v. J. 8589, 8802 und 8450 Personen an der Pest erkrankt und 6922, 6931 und 6583 gestorben.

Cholera. Oesterreich und Ungarn sind seit dem 28. Dezember cholerafrei; in Italien betrug die Zahl der Erkrankungen (Todesfälle) in den 3 Wochen vom 10. bis 31. Dezember v. J. nur noch 18 (10), 14 (6), und 6 (1), zusammen 38 (17). In der Türkei ist nach wie vor Mekka und Djedda am meisten verseucht; in der Zeit vom 11. bis 24. Dezember v. J. sind in diesen beiden Orten 186 u. 246 Erkrankungen (207 und 264 Todesfälle(gemeldet. Malta ist cholerafrei; in Tunesien sind in der Zeit vom 25. Nov. bis 21. Dezember v. J. 325 Erkrankungen und 376 Todesfälle festgestellt.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. P. in D.: Hat der vollbesoldete Kreisarzt in Kreisen, wo die Wahrnehmung der gerichtsärztlichen Geschäfte einem besonderen Gerichtsarzte übertragen ist, an die Staatskasse die Gebühren abzuführen, die ihm zufallen, wenn er herangezogen wird:

1. von einem Rechtsanwalt zur Begutachtung eines Klienten in einem gerichtlichen Streitverfahren,
2. von einem anderen Arzte (Unfallspezialist), dem als Hauptgutachter die Begutachtung der Entschädigungsansprüche eines Unfallverletzten im Zivilverfahren bei einem Obergerichte aufgetragen ist, als Nebengutachter zur gemeinsamen Erstattung des betr. Gutachtens?

Antwort: Zu 1: Nein; da es sich nicht um eine Tätigkeit als Sachverständiger „vor dem Gerichte" handelt.

Zu 2: Ja; da hier eine solche Tätigkeit vorliegt.

Anfrage des Kreisarztes Dr. L. in H.: Fällt der Verkauf von Kresolin (Oleum picis saponatum) unter die Bestimmungen der Polizei-Verordnung vom 22. Februar 1906 über den Handel mit Giften?

Antwort: Nein, ebensowenig wie Kresolin, da Oleum picis nicht zu den Giften gehört.

Anfrage des Kreisarztes Dr. F. in A.: Wie hat der Kreisarzt bei Prüfungen ärztlicher Rechnungen für Berufsgenossenschaften, Landesversicherungsanstalten zu liquidieren, welche Gebührenordnung und welche Position kommt hierbei in Frage?

Antwort: Derartige Prüfungen gehören nicht zu den amtlichen, sondern zu den vertrauenärztlichen Geschäften des Kreisarztes. Es findet demnach, da der Tarif zum Gebührengesetz vom 14. Juli 1909 keine Position dafür enthält (s. Ministerial-Erlaß vom 8. September 1911), in strittigen Fragen die ärztliche Gebührenordnung Anwendung, und zwar nach Maßgabe der dafür erforderlich gewesenen Zeit. Am zweckmäßigsten ist aber gerade hier eine zuvorige Vereinbarung.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 3. Ausgegeben am 5. Februar 19

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:
Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch
J. C. C BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 3.
und Beilage: Berichte aus Versammlungen. 2.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Charakter als Geheimer Obermedizinalrat mit dem Range der Räte II. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof Dr. Wilh. Waldeyer in Berlin; — als Geheimer Medizinalrat: den Kreisärzten Med.-Räten Dr. Cold in Meldorf, Dr. Gaehde in Blumenthal, Dr. Krau in Schweidnitz, Dr. Reinkober in Trebnitz, Dr. Wex in Düren, Dr. Leppmann in Berlin, Dr. Behrend in Kolberg, dem Gerichtsarzt Dr. Pfleger in Deutsch-Wilmersdorf und dem Prof. Dr. Lubarsch, ordentliches Mitglied für praktische Medizin und Direktor der allgemeinen Krankenanstalten in Düsseldorf; — als Medizinalrat: den Kreisärzten Dr. Berger in Crefeld, Dr. Peren in Montjoie, Dr. Rudolf Schulz in Charlottenburg, Dr. Zimmer in Berlin, Dr. v. Trzaska in Iserlohn, Dr. Schawaller in Pillkallen, Dr. Schultz in Stallupönen und dem Oberamtsarzt Dr. Burkarth in Gammertingen; — als Geheimer Sanitätsrat: den San.-Räten Dr. Bickel in Wiesbaden, Dr. Brandes in Hildesheim, Dr. Brüning in Buer, Dr. Derken in Haus Kannen, Prof. Dr. Konr. Froehlich in Charlottenburg, Dr. Grünbaum in Storkow, Dr. Moritz Guttmann in Berlin, Dr. Ludw. Heinrich in Tegel, Dr. Löwenthal in

Königsberg i. Pr., Dr. Paculty in Ratibor, Dr. Pappenheim in Deutsch-Wilmersdorf, Dr. Rosinski in Wronke, Dr. Wilh. Schmitz in Münster i. W., Dr. Schumann in Zeitz, Dr. Max Stadthagen in Berlin; — als Sanitätsrat: den Aerzten Dr. Aly und Dr. Pfeffer in Bad Oeynhausen, Dr. Baldus in Selters, Dr. Bender in Düsseldorf, Dr. Blank in Brüssow, Dr. Boening in Wreschen, Dr. Brinkmann in Lengerich, Dr. Bruening in Stadtlohn, Dr. Brueninghaus in Elberfeld, Leop. Bürger in Scherfede, Dr. Fritz Cahen, Dr. Gerhartz, Dr. Hardenbicker und Dr. Ochs in in Cöln, Dr. Herm. Cramer in Zehlendorf, Dr. Cremer in M.-Gladbach, Dr. Crüger in Königsberg i. Pr., Dr. Diekerhoff in Warendorf, Dr. Dupré in Gr. Lichterfelde, Dr. Ebell in Gollnow, Dr. Euphrat in Weißensee, Dr. Falk, Oberarzt an der Prov.-Heil- u. Pflegeanstalt in Kortau, Dr. Fischbein in Dortmund, Dr. Eugen Fischer, Dr. Wilh. Hoesch, Dr. Emil Kochmann, Dr. Jos. Loewenstein und Dr. Jul. Preuß in Berlin, Dr. Franke in Hamburg, Dr. Frerich in Dorstfeld, Dr. Martin Friedlaender in Breslau, Dr. Füth in Koblenz, Dr. Geißler in Dorsten, Paul Geßler in Kordeshagen, Dr. Goltz in Haynau, Dr. Goth in Crefeld, Dr. Hartwig in Pyritz, Dr. Hebold, Direktor der Anstalt für Epileptische in Wuhlgarten, Dr. Dr. Heuermann und Dr. Kraushaar in Hannover, Dr. Hilger in Magdeburg, Dr. Hiller in Stößen, Dr. Dr. Hirschberg und Dr. Paul Schutz in Stettin, Dr. Hoffnung in Luckenwalde, Dr. Siegfr. Kalischer in Zehlendorf, Dr. Katzemich in Bassenheim, Dr. Keil und Dr. Krause in Torgau, Dr. Kelling in Altona, Dr. Klingenberg in Aachen, Dr. Koerber in Gr. Lichterfelde, Dr. Kracauer in Altwasser, Helmut Kunz in Dölitz, Dr. Lackmann in Wolbeck, Dr. Laufenberg in Elsdorf, Dr. Likowski in Pleschen, Dr. Limbourg in Cöln, Dr. Magnussen in Tempelhof, Dr. Max Meyer in Gnesen, Dr. Mirbach in Viersen, Dr. Moehlmann in Flamersheim, Dr. Mueller in Wallhausen, Dr. Neukirch in Ochtrup, Dr. Oechsler in Salzig, Dr. Ollendorf in Nieder-Wüstegiersdorf, Dr. Pankok in Mülheim (Ruhr)-Saarn, Dr. Paessens in Uedem, Hans Postler in Rankau, Dr. Rädt in Höchst a. M., Dr. Raske in Charlottenburg, Dr. Rath in Lövenich, Dr. v. Samson-Himmelstjerna in Pleß, Dr. Schirmeyer in Osnabrück, Dr. Schlüter in Hallenberg, Dr. Schmidt in Ernsdorf, Dr. Schwerin in

Höchst a. M., Dr. Seidel in Groß-Kunzendorf, Dr. Senftleben in Brieg, Dr. Dr. Staats in Lippstadt, Dr. Stein in Nikolai, Dr. Strauscheid in Cöln-Kalk, Dr. Thol in Essen und Dr. Welter in Cöln; — der Rote Adlerorden II. Klasse mit Eichenlaub: dem ord. Prof. Wirklichen Geh. Rat Prof. Dr. v. Behring in Marburg und dem Obergeneralarzt Dr. Ott, Inspekteur der 3. Sanitätsinspektion; — der Rote Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: den General- und Korpsärzten Dr. Brandt in Münster und Dr. Weber in Danzig, dem Generalarzt a. D. Dr. Kanzow in Berlin, den Marinegeneralarzt a. D. Dr. Metzke in Kiel und Marinegeneralarzt Dr. Erdmann; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Reg.- u. Med.-Rat Dr. Janssen in Gumbinnen, den San.-Räten Dr. Leth-Juhl in Hannover und Dr. Köhler in Charlottenburg, dem Oberstabsarzt z. D. Dr. Hoppe in Elberfeld, den Oberstabs- u. Regimentsärzten Dr. Becker in Oels, Dr. Bethe in Graudenz, Dr. Dueroth in Insterburg, Dr. Esselbrügge in Langensalza, Dr. Greiner in Erfurt, Dr. Kerber in Jauer, Dr. Lambert in Celle, Dr. Metz in Lüben, Dr. Noack in Weißenburg, Dr. Oelze in Mörchingen, Dr. v. Pezold in Paderborn, Dr. Rampold in Diedenhofen, Dr. Remmert in Cöln, Dr. Rössel in Posen, Dr. Seige in Thorn, Dr. Stahn in Worms, Dr. Stuckert in Saarburg, Dr. Weber in Breisach, Dr. Wiedemann in Karlsruhe, den Marineoberstabsärzten Dr. Bobrik, Dr. Fittje, Dr. Günther, Dr. Iftner, Dr. Krabbe, Dr. Nediger, Dr. Tacke und Dr. zur Verth; — der Kronenorden II. Kl.: dem General- und Korpsarzt Dr. Hühnermann in Coblenz und dem Generaloberarzt Dr. Keitel in Berlin; — der Kronenorden III. Klasse: den Generalober- u. Divisionsärzten Dr. Brecht in Erfurt, Dr. Lösener in Magdeburg, Dr. Varenhorst in Düsseldorf und Dr. Weber in Neisse, dem Generalober- u. Garnisonarzt Dr. Gall in Jüterbog, dem Oberstabsarzt Dr. Rahn in der Med.-Abt. des Kriegsministeriums, sowie dem Marinegeneralärzten Dr. Gudden vom Reichsmarineamt und Dr. Martin in Kiel; — die Rote Kreuz-Medaille II. Klasse: dem Physikus Med.-Rat Dr. Riedel in Lübeck, den prakt. Arzt Dr. Körner in Dom Brandenburg a. H. und dem Generalarzt Dr. Benzler in Hannover; — die Rote

Kreuz-Medaille III. Klasse: dem Reg.- u. Med.-Rat Dr. Schwaß in Sigmaringen, den Kreisärzten Dr. Wilhelm in Kyritz und Med.-Rat Dr. Esleben in Bernburg, dem Privatdozenten Dr. Klein in Straßburg i. E., den San.-Räten Dr. Elgnowki in Ortelsburg, Dr. Wirth in Höhr (Nassau), Dr. Blümlein in Grefrath, Dr. Krüger in Opalenitza, den prakt. Aerzten Dr. Proskauer in Kattowitz, Dr. Meyer in Stendal, Dr. Wehner in Suhl, Dr. Kletzin in Fidpichow, Dr. Busch in Ratzeburg, Dr. Minshen in Zoppot, Dr. Steinmann in Hildesheim-Moritzburg, Dr. Rosenberg in Bielefeld, Dr. Hammerschmidt in Altena, Dr. Hoch in Düren, Dr. Küll in Radevormwald, Dr. Schwabe in Bous (Kr. Saarburg), Dr. Nieny in Schwerin in Meckl., Dr. Jäger in Eisfeld, Dr. Endlich in Untersieman, Dr. Kamprad in Thal (Herzogt. Gotha), Dr. Lewinberg in Strasburg-Neudorf, den General- u. Divisionsärzten Dr. Schlacke in Königsberg i. Pr. und Dr Schürmann in Brandenburg a H., den Oberstabs- und Reg.-Aerzten Dr. Knorr in Stralsund und Dr. Ebertz in Metz sowie dem Stabsarzt Dr. Erxner in Daresalam.

Ernannt: der Reg.- und Med.-Rat Dr. Krohne in Oppeln zum Geheimen Medizinal-Rat und vortragenden Rat im Ministerium des Innern sowie zum ordentlichen Mitgliede der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen; der Arzt Dr. Weise in Sangershausen zum Kreisassistenzarzt unter Ueberweisung an den Kreisarzt des Kreises Tondern; Stabsarzt Dr. Händel zum Regierungrat und Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamts; Prof. Dr. Franqué in Gießen zum ordentl. Profsssor und Direktor der gynäkologischen Universitätsklinik in Bonn.

Versetzt: Kleisarzt Dr. Pflanz, ständiger Hilfsarbeiter beim Polizeipräsidium in Berlin in den Stadtkreis Danzig und in seine bisherige Stelle der Kreisarzt Dr. Eschricht in Danzig.

Beauftragt mit der kommissarischen Verwaltung der Kreisarztstelle des Kreises Strelno: Stabsarzt Dr. Rosenbaum, bisher in Rawitsch.

Gestorben: Dr. Gutherz aus Berlin in Kufstein, San.-Rat Dr. Stohlmann in Gütersloh i. Wetf., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Horstmann, San.-Rat Dr. Max Salomon, Geh. San.-Rat Dr. Jastrowitz und Prof. Dr. Pagel in Berlin, San.-Rat Dr. Schmalfuß und Fräulein Dr. Luise Brink in Hannover, Dr. Sprengeler in Linden bei Hannover, Dr. Werne in Recklinghausen; San.-Rat Dr. Wiefel in Mühlheim a. Rh., Geh. Med.-Rat Dr. Hennemeyer, Kreisarzt a. D. in Zoppot, Dr. Malter in Halle i. S., San.-Rat Dr.

Delvos in Jülich, San.-Rat Dr. Zurhelle in Aachen, Oberarzt Bialonski in Glogau, San.-Rat Mourot in Hermgen (Reg.-Bez. Merseburg).

Königreich Bayern.

Auszeichnungen. Verliehen: die Prinz-Regent Luitpold-Medaille in Silber am roten Bande: dem Med.-Rat Dr. Waibel, Bezirksarzt a. D. in Kempten, den praktischen Aerzten Dr. Kolb in Neuötting, Dr. Ascherl in Vilshofen, Dr. Wohl in Neustadt a. Hardt, Hofrat Dr. Eser in Regensburg, Dr. Palmedo in Roth bei Nürnberg und Dr. Wiedemann in Augsburg.

Ernannt: der praktische Arzt Dr. Schreiner in Simbach a. J. zum Bezirksarzt in Wertingen.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Rohmer in Bergzabern in gleicher Eigensahaft nach Lindau.

Gestorben: Dr. Gruber in Wallersdorf, Bezirksarzt Dr. Harder in Nürnberg.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Geh. Rat Prof. Dr. Hering in Leipzig zum Mitglied des Bayerischen Maximiliansordens.

Ernannt: Dr. Eras zum Gerichtsassistenzarzt in Sebnitz.

Gestorben: Dr. Lomler in Wideritzsch bei Leipzig, Oberstabsarzt a. D. Dr. Kremer in Niederpoyitz bei Dresden, Dr. A. Müller und Dr. Martin Opitz in Dresden.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Ritterkreuz der Württembergischen Krone: dem Med.-Rat Dr. Elben in Stuttgart.

Gestorben: Dr. Hermann Haustein in Ulm und Oberamtsarzt Dr. Bilfinger in Neckarsulm.

Grossherzogtum Baden.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Frey in Baden-Baden, Dr. Schermer in Freiburg i. Breisgau und Dr. Hopfner in Elzach.

Grossherzogtum Hessen.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Ritterkreuz I. Klasse des Verdiensordens Philipps des Großmütigen: dem Kreisazt Med.-Rat

Dr. Wießner in Büdingen; dem Med.-Rat Dr. Mayer, Direktor der Landes-irrenanstalt Philippshospital und dem Prof. Dr. Poppert in Gießen.

Grossherzogtum Oldenburg.

Auszeichnungen. Verliehen: Der Titel als Medizinal-Rat: dem Amtsarzt Dr. Möhlfeld in Delmenhorst; der Titel Sanitäts-Rat: den Aerzten Dr. Buss in Zwischenahn, Dr. Ott in Brake und Dr. Karl Müller in Oldenburg.

Andere deutsche Bundesstaaten.

Gestorben: Bezirksarzt a. D. Dr. Uhlemann in Altenburg, Bezirks-wundarzt Franke in Ottendorf (Sachsen-Altenberg) und Schiffsarzt Dr. Klaus aus Lübeck in Rio de Janeiro.

Erledigte Stellen.

Königreich Preussen.

Meldefrist: 15. Februar 1912.

Die Kreisarzstelle des Kreises **Neustadt** (Westpr.), Regierungsbezirk Danzig, mit dem Amtssitz in Neustadt (Gehalt nach Maßgabe des Dienstalters 2100 bis 3900 M. und 400 M. Amtsunkostenentschädigung jährlich).

Die Kreisarztstelle des Stadtkreises **Wiesbaden,** (Gehalt nach Maßgabe des Dienstalter 2100 bis 3900 M., Stellenzulage von 375 M. und 480 M. Amtsunkostenentschädigung).

Königreich Bayern.

Die Bezirksarztstelle in **Bergzabern.**

Vom 15. März 1911 an ist bei der Bakteriologischen Untersuchungsanstalt in **Erlangen** eine Assistentenstelle zu besetzen.

Die Stelle ist nicht etatsmäßig und mit einem Jahresgehalte von 2400 M. verbunden.

Gesuche um die Verleihung der Stelle sind mit einem selbstgeschriebenen Lebenslauf, einem Geburtszeugnis, einem Staatsangehörigkeitsausweis, dem ärztlichen Approbationszeugnis und wenn möglich mit einem Nachweise über Ausbildung und praktische Tätigkeit in der Bakteriologie bis längstens 15. Februar l. J. bei dem ersten Direktor der Bakteriologischen Untersuchungsanstalt in Erlangen einzureichen.

25. Jahrg. Zeitschrift 1912.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Nr. 3. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. Febr.

Ein Fall von Sarggeburt.

Mitgeteilt von Dr. v. Ingersleben, Kreisarzt in Quedlinburg.

Am 16. November 1911 wurde vom Amtsgericht Aschersleben die gerichtliche Oeffnung der Leiche der am 12. November verstorbenen Frau X. angeordnet. Die Verstorbene war von einer nicht genügend beleuchteten Treppe, an der das Gebäude defekt war, herabgestürzt, während sie ein Kind auf dem Arme trug; sie selbst befand sich etwa im 8. bis 9. Monat der Schwangerschaft. Beim Sturz beschädigte sie sich an der rechten Kopfseite, der rechten Schulter und dem rechten Knie. Die herbeigerufene Fabrik-Aerztin, Fräulein Dr. O., stellte eine Ohrblutung rechterseits fest und fand in den nächsten Tagen Symptome einer Gehirnentzündung, die unter Temperatursteigerung und heftiger Erregung schnell zum Tode führte.

Die hier interessierenden Befunde der gerichtlichen Sektion waren folgende:

A. Aeußere Besichtigung.

1. Die weibliche Leiche ist 151 cm lang, kräftig und regelrecht gebaut, sehr gut genährt, mit kräftiger Muskulatur versehen.

Es besteht starker Verwesungsgeruch und sehr starke Auftreibung der Leiche an Rumpf und Gliedern.

2. Leichenstarre ist nirgends mehr vorhanden. . . . .

3. Die äußere Hautfarbe ist fast am ganzen Körper mißfarbig graugrün bis dunkelgrünn . . . nur an den Unterschenkeln rötlich und an den Füßen wachsgelb.

4. Am behaarten Kopf sind äußerlich keine Verletzungen der Weichteile aufzufinden, desgleichen im Gesicht keine Beschädigungen.

5 . . . . . . aus Mund und Nase ergießt sich eine rotbraune Flüssigkeit von starkem Verwesungsgeruch.

7. . . . . . . linke Ohröffnung ohne Abweichung; in der rechten etwas Blut.

8. Brust und Bauch sehr stark aufgetrieben, Oberhaut in großen Fetzen abgelöst. . . . . .

11. Aus den Geschlechtsteilen hängt die über mannskopfgroße umgestülpte Gebärmutter heraus, auf ihrer zutage liegenden Innenfläche schmutzig braunrot bis schwarz gefärbt; an ihr haftet ein Teil der Eihäute und der Nachgeburt, und an letzterer hängt die etwa meterlange Nabelschnur mit der Leiche eines ziemlich ausgetragenen im Sarge geborenen männlichen Kindes. Zwischen Scheide und After ist der Damm gerissen, die Rißflächen sind nicht blutig durchtränkt.

B. Innere Besichtigung.

I. Schädelhöhle.

14. Nach Abhebung der knöchernen Schädeldecke zeigt sich an der Innenseite der rechten Schläfenschuppe dem Knochen anliegend ein 3 × 4 cm großes, 1/2 cm dickes Blutgerinnsel in der Menge von 2 ccm.

16. Weiche Gehirnhaut in breiter Ausdehnung getrübt, überall, sowohl an der Konvexität, als an der Grundfläche mit stärker gefüllten Blutgefäßen versehen.

17. Gehirn von reichlicher Blutfüllung, rosa tingiertem Farbenton, infolge wässriger Durchtränkung von praller Beschaffenheit; obere Gefäßplatte und Adergeflechte reichlich mit Blut gefüllt. . . . .

19. Die harte Gehirnhaut an der sub 14 beschriebenen Stelle blutig durchtränkt. . . . .

20. Nach Ablösung der harten Gehirnhaut findet man am rechten Felsenbein, ausgehend von dem oben beschriebenen Bluterguß einen 4 cm langen, auf der vorderen Fläche der Felsenbeinpyramide in der Richtung nach dem Türkensattel verlaufenden Knochensprung.

II. Brust- und Bauchhöhle.

22. . . . . . Blutgehalt in dem welken Herzen gering, z. T. durch Fäulnisblasen verdrängt.

23. . . . . . Das Bauchfell ist überall glatt und glänzend; die Bauchorgane sind regelrecht gelagert, nur ist die vergrößerte Gebärmutter total umgestülpt und durch die Scheide hindurch nach außen vorgedrängt, zwischen den Oberschenkeln gelagert, so daß ihre Innenschleimhaut frei zutage liegt.

Durch die Sektion wurde also die in vivo gestellte Diagnose bestätigt: im rechten äußeren Gehörgang fand man zersetztes Blut als äußeres Symptom des in der Felsenbein-Pyramide verlaufenden Knochensprungs, und zwischen harter Gehirnhaut und rechter Schläfenbeinschuppe den kleinen Bluterguß. Von dieser Verletzung war die Infektion in das gesamte Gehirn und seine Häute vorgedrungen.

Von eigentlichem Interesse jedoch war der an Leib und Gebärorganen festgestellte Befund. Die Leiche der schwangeren Frau war mit dem Kinde im Mutterleib in den Sarg gelegt worden, als dieser dann 4 Tage später in der Leichenhalle des städtischen Krankenhauses geöffnet wurde, fand man das ausgetretene tote Kind zwischen den Schenkeln der mütterlichen Leiche liegen. Es war ein ziemlich ausgetragenes 50 cm langes, gut genährtes, 3200 g schweres Kind, das durch die unversehrte Nabelschnur noch mit der Nachgeburt zusammenhing.

Die Nachgeburt wiederum und ein Teil der gelockerten Eihäute hingen noch an dem total invertierten Uterus, der

als über mannskopfgroße braunrote bis schwarzrote Masse aus der stark erweiterten Schamspalte hervorragend zwischen den Oberschenkeln der Frau gelegen war. Er war von innen her, wie bei Oeffnung der Bauchhöhle konstatiert worden konnte, durch Fäulnisgase und herabgetretene Darmschlingen aufgetrieben; zugleich war ein von der hinteren Scheiden-Kommissur bis in den After hineinragender Dammriß, dessen Flächen keine Blutdurchtränkung darboten, eingetreten. Wichtig ist, daß der Leichnam selbst sich in einem im Vergleich zu der seit dem Tode verflossenen Zeit schon stark vorgerückten Stadium der Verwesung befand; die ganze äußere Haut erschien mißfarbig schwarzgrün oder graugrün bei hochgradigem Verwesungsgeruch; die Epidermis war bereits in großen Blasen abgehoben. Die Gewebe und inneren Organe enthielten unendlich zahlreiche kleine und größere Gasblasen. Besonders aber war der Rumpf und speziell das Abdomen durch Fäulnisgase prall gebläht, die nicht allein ihren Sitz im Darmkanal, sondern auch in der freien Bauchhöhle hatten, so daß beim Einschnitt des Bauchfells eine enorme Fäulnisgasmenge entwich, wodurch sowohl ein Zusammenfallen der Bauchdecken, wie auch eine wesentliche Verkleinerung des invertierten Uterus bewirkt wurde.

Es war also im vorliegenden Falle durch die in der Bauchhöhle angesammelten Fäulnisgase ein so enormer intraabdomineller Druck zustande gekommen, daß nicht allein die Austreibung des ziemlich ausgetragenen Kindes, welches ein Gewicht von über 3 kg hatte, unter Zerreißung des gesamten Dammes die Folge war, sondern es folgte nunmehr — vielleicht nachdem die Gasansammlung im Leibe nach und nach eine noch größere geworden war —, auch noch eine totale Inversio uteri, zu der es vielleicht bei der Weite des Beckens der Verstorbenen, die bereits mehrere Geburten durchgemacht hatte, gar nicht einmal eines besonders starken Druckes bedurfte.

Fälle von Sarggeburt sind ja schon mehrfach beschrieben worden; so glaube ich mich mehrerer diesbezüglicher Veröffentlichungen aus dem Berliner Institut für Staatsarzneikunde zu entsinnen. Ein Fall, bei dem es neben der Austreibung des kindlichen Leichnams im Sarge auch noch zu Dammriß und Inversio uteri kam, dürfte immerhin einiges Interesse haben.

Ueber Schülerfürsorge.

Von Kreisarzt Dr. Ascher in Hamm (Westfalen).

Das Bestreben, die Körperkonstitution der Bevölkerung zu heben, hat zur Voraussetzung eine Kenntnis dessen, was unter Konstitution zu verstehen ist. Es gibt hierfür, soweit ich übersehen kann, bisher nur eine verwertbare Definition, die von Florschütz[1]), der als leitender Arzt der Gothaer Lebens-

[1]) Florschütz: Die frühzeitige Feststellung usw.: IV. Internationaler Kongreß für Versicherungsmedizin. Berlin 1906.

Versicherungsgesellschaft dazu kam, als Körperkonstitution diejenige Körperbeschaffenheit zu verstehen, die sich durch die Körpermessung objektiv ausdrücken läßt. Seiner Definition lag die Tatsache zugrunde, daß „die Gruppe der an Tuberkulose Gestorbenen bei ihrer Aufnahme ihren Körpermaßen nach ganz wesentlich minderwertiger war, als die Gruppe der Vergleichsfälle mit Ausnahme der jugendlichen Alter (15—24 Jahre)“.

Seine Erfahrungen wurden an dem Material der Lübecker Lebensversicherungsgesellschaft bestätigt; es darf deshalb angenommen werden, daß die Tabelle, die er auf Grund des Gothaer Materiales aufstellte, allgemeine Bedeutung zum mindesten für Deutschland beanspruchen kann.

Aus dieser Erklärung ersehen wir zugleich, daß die Aussicht, auf Grund der Körpermaße eine Auslese der Tuberkulösen unter den jüngeren Jahren zu treffen, sehr gering ist.

I. Auslese der Schwächlichen. Eine Auslese von Schwächlichen auf Grund von Maß und Gewicht unter den Schülern ist aber doch von recht erheblicher Bedeutung. Betrachten wir nämlich die Gründe, die zur Ablehnung von Rekruten führen — die Untauglichkeitsgründe — so finden wir bei Schwiening[1]) (S. 46) als die weitaus bedeutendsten: „Allgemeine Schwächlichkeit, schwache Brust usw.“ mit 36,4 % bei den zum einjährigen Dienst Berechtigten und mit 35,4 % bei den sonstigen Militärpflichtigen. Im erheblichen Abstande folgen „Krankheiten des Herzens und der großen Gefäße“ mit 14,7 % bezw. 5,8 %, „Augenbrechungsfehler“ mit 10,3 bezw. 4,4 %, „Krankheiten der Lungen und des Brustfells“ mit 4,5 bezw. 1,9 %. Wir sehen, daß, wenn es nur gelingt, den ersten Untauglichkeitsgrund zu bessern, wir die wirkliche oder vermeintliche Abnahme der Militärtauglichkeit ausgleichen können. Für das Vorgehen auf diesem Gebiet braucht man aber wiederum feste Normen, will man nicht dem subjektiven Ermessen des Untersuchers den weitesten Spielraum lassen. Zwar beruft sich Schwiening[2]) nicht mit Unrecht darauf, daß die bisher aufgestellten Formeln für Körpermaße sich bei weitem nicht so bewährt haben, als die Musterung der Rekruten durch geübte Aerzte. Indes kann man in der Schule nicht diese Entblößung des Körpers vornehmen lassen, wie bei der Aushebung; außerdem hat grade die Subjektivität der Musterung den Uebelstand gezeitigt, daß nach Angabe von Schwiening[2]) selbst die Tauglichkeitsziffern keinen zuverlässigen Maßstab für die Konstitution der Bevölkerung abgeben. Man wird deshalb immer von neuem nach Normen suchen müssen, um mindestens die gröbsten Fehler der Konstitution herauszufinden, unbeschadet der feineren Nachlese durch den Arzt. Für den Schularzt liegt

[1]) Schwiening: Ueber die Körperbeschaffenheit usw. Veröffentl. aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens; H. 40, Berlin 1909.

[2]) Derselbe: Hygiene des Dienstes. Lehrbuch der Militärhygiene Bd. III, Berlin 1911.

das Bedürfnis nach einer Norm auch schon darin, daß er, wie bereits erwähnt ist, den zu Untersuchenden nicht völlig entblößt sieht, also im besten Falle nur aus der oberen Körperhälfte seine Schlüsse ziehen muß; dann aber läßt der Mangel einer Nachprüfung — im Gegensatz zur Aushebung beim Militär — dem subjektiven, bisweilen von Tag zu Tag schwankenden Gefühl einen nur allzu weiten Spielraum.

Aus einer mehr als 10jährigen schulärztlichen Tätigkeit kam ich deshalb immer mehr zu dem Wunsche nach einem Maßstab, der auch in Schulen ohne Schularzt die erste Auslese ermöglicht, dort aber, wo ein solcher vorhanden ist, die Nachlese erleichtert und vor allem die Grundlage für eine Konstitutions-Statistik schafft.

Einen solchen glaube ich in dem Verhältnis von Größe zu Gewicht für jedes Alter und jedes Längenmaß innerhalb dieser Altersklasse gefunden zu haben. Nicht die Größe allein kann ausschlaggebend für die Körperkonstitution sein, auch nicht das Gewicht allein, sondern nur ihr gegenseitiges Verhältnis. Zu diesem Zwecke wurde im Stadt- und Landkreise Hamm in diesem Frühjahr mit Hilfe der Lehrer für jeden Schüler Größe und Gewicht festgestellt, daraus für jedes Alter die Durchschnittslänge und das Durchschnittsgewicht bestimmt sowie das Zentimetergewicht, d. h. das gegenseitige Verhältnis von Länge zu Gewicht. Aus diesem Zentimetergewicht wurde durch einfache Multiplikation mit der Länge dasjenige Gewicht bestimmt, das der Größe des betreffenden Kindes zukam, soll es dem Durchschnitt entsprechen. Zum Beispiel betrug die Durchschnittslänge eines 6jährigen Knaben in Hamm 110 cm, das Durchschnittsgewicht 19,8 kg, mithin das Zentimetergewicht 180 g. Ein Knabe von 1 cm Länge mehr, also von 111 cm mußte, falls er das seiner Größe zukommende Durchschnittsgewicht haben sollte, 111 mal 180 g haben, d. h. 19,98 kg usf.[1])

Würde man als „zu gering entwickelt" alle bezeichnen, die unter diesem „persönlichem Durchschnittsgewicht oder Sollgewicht" stehen, so würde naturgemäß ungefähr die Hälfte der Kinder als minderwertig bezeichnet werden müssen. Da aber Messungs- und Wägefehler schon deshalb nicht auszuschließen sind, weil die Kinder in Kleidern — nur nach Ablegung des Schuhzeuges — gemessen und gewogen wurden, so wählte ich eine Grenze von 10 %, von der ab ich Zurückbleibende als „zu gering" bezeichnete. Dieses „untere Sollgewicht" wurde in der Weise einfach berechnet, daß 10 % des Sollgewichts, also die um eine Dezimale nach hinten gerückte Zahl des Sollgewichts abgezogen wurde, also in dem obigen Falle von 19,8 auf 1,98, was 17,82 ergab. Alle, die darunter blieben, wurden im Personalbogen mit roter Tinte als „zu gering" bezeichnet und als Ueberwachungsschüler dem Schularzt entweder bei seinem nächsten

[1]) Zu seiner Bequemlichkeit hat unser Büropersonal statt der Multiplikation die Addition resp. die Subtraktion von dem in der untenstehenden Tabelle fett gedruckten Mittel gewählt, wodurch einige unbedeutende Differenzen in den Dezimalstellen entstanden sein.

Besuch vorgestellt oder ihm, wenn er dies vorzog, mit den Eltern in die Sprechstunde geschickt. — Ich will gleich bemerken, daß hier in Hamm die Mütter fast sämtlich den Aufforderungen nachkamen.

Um die Methode auf ihre Richtigkeit zu prüfen, veranlaßte ich die hiesigen Rektoren zu einer Durchsicht der so bezeichneten Bogen mit ihren oder der Klassenlehrer Erfahrungen. Es wurde mir von verschiedenen der befragten Rektoren bestätigt, daß die unter 10 % Gebliebenen in der Regel auch die den Lehrern als schwächlich bekannten Kinder waren.

Zur Sicherheit stellte ich jedoch folgende Probe an: es wurden je 6 Schüler der obersten Klassen zweier Volksschulen in ein besonderes Zimmer beordert; dort mußte sie den Oberkörper bis zum Gürtel entblößen, worauf ich in Gegenwart des Lehrers oder der Lehrerin die Kinder nach ihrem Ernährungs- und Entwicklungszustand schätzte. Alsdann wurde der Personalbogen nachgesehen und mit der Tabelle verglichen. Das Ergebnis war, daß unter 212 Schülern resp. Schülerinnen der obersten Jahrgänge nur 5 mal erhebliche Unterschiede zwischen meiner Schätzung und dem Sollgewicht vorkamen, und zwar kamen die meisten der Unterschiede am ersten Tage vor (3 bei 61 Schülern); mit der Kenntnis des Verfahrens nahmen die Fehler ab. Erwägt man nämlich, wie man zu schätzen pflegt, so findet man, daß man in der Regel nur den Zustand des Brustkorbes bei der Ansicht von vorn schätzt, also seine Breite und seine Fettauflagerung. Man vergißt aber auch den Tiefendurchmesser in Erwägung zu ziehen, ein Uebelstand, dem man leicht durch Messung des Brustumfanges bei Ein- und Ausatmung abzuhelfen lernt. Bei kleineren Kindern ist es allerdings fast unmöglich, die richtige Atmung zustande zu bringen; deshalb beschränkte ich mich auf die obersten Jahrgänge.

Ich bringe hier zwei Tabellen, die erste enthält Maße, die ich vor einigen Jahren in Königsberg an den Kindern der dortigen Volksschulen — etwa 14000, fast nur Ostpreußen — mit Hilfe einiger Lehrer aus den Schulgesundheitsbogen ermittelte und die in diesem Frühjahr bei den Hammenser Schülern — 7087, fast nur Westfalen — festgestellten; in beiden Fällen zur selben Jahreszeit und in Kleidern nach Ablegung des Schuhzeuges.

Tabelle I.

Durchschnittsmasse (die obere Reihe: Hamm: die untere Reihe: Königsberg i. Pr.).

	Knaben			Mädchen		
Jahre	Länge in cm	Gewicht in kg	Gewicht 1 cm in g	Länge in cm	Gewicht in kg	Gewicht 1 cm in g
6—7	110	19.8	180	110	19.4	177
	110	20.2	182	110	19.1	173
			+ 0.5 %			— 2 %
7—8	118	21.8	184	115	20.6	178
	115	21.8	189	116	21.3	183
			+ 2.4 %			+ 2.2 %

Jahre	Knaben Lnnge in cm	Gewicht in kg	Gewicht 1 cm in g	Mädchen Länge in cm	Gewicht in kg	Gewicht 1 cm in g
8—9	122	24.0	197	122	24.0	197
	120	23.7	199	120	23.5	196
			+ 1.0%			— 0.5%
9—10	131	26.0	198	125	25.8	206
	116	26.0	206	123	25.0	203
			+ 4%			— 1.5%
10—11	131	27.4	609	132	27.3	207
	129	28.0	217	129	27.8	215
			+ 3.3%			+ 3.5%
11—12	133	30.7	231	134	29.1	217
	135	31.1	230	135	31.2	231
			+ 0			+ 6.4%
12—13	145	34.4	237	144	33.8	235
	139	33.8	232	140	35.3	252
			— 2%			+ 7.2%
13—14	142	37.1	260	147	38.2	260
	143	36.7	257	145	38.5	265
			— 1.1%			+ 1.9%

Wir sehen, daß bis auf die Mädchen von 11 bis 13 Jahren der Unterschied der Zentimetergewichte unter 5% bleibt, gewiß kein erheblicher, wenn man bedenkt, daß die Kleidung mitgewogen wurde.

Trotzdem dürfte es sich für Nachprüfungen vorläufig empfehlen, Durchschnittsmaße für verschiedene Gegenden aufzustellen, natürlich nur bei genügend großem Material.

Tabelle II (siehe umstehend S. 84—86) bringt im abgekürzten Zustande die von mir benutzte Tabelle.

Es interessierte mich, dieses Verfahren an einem Material nachzuprüfen, das aus auserlesenen Menschen gewonnen war. Hierzu standen zwei Tabellen zur Verfügung: die eine von Villaret über 42000 Rekruten, die bei Schwiening S. 277 zitiert ist, und die andere bei Florschütz, die sich auf die sogenannten Vergleichspersonen, d. h. gesunde und nicht an Tuberkulose Gestorbene bezieht. Aus diesen berechnete ich die Zentimetergewichte und erhielt, indem ich bei Florschütz die 20—24 alten Personen zum Vergleich mit den Villaretschen Rekruten wählte, folgende Worte:

Tabelle III.

Länge in cm	Zentimetergewicht bei Rekruten	Florschütz
154—159	36.3	39.0
160—164	36.8	39.6
165—169	37.4	40.2
170—174	38.4	41.4
175—179	39.1	43.0
180—185	40.9	44.6

Die Mitte liegt bei den Rekruten um 38; davon ist die unterste Zentimeterzahl mit 36,3 um 4% zu gering, die oberste

Tabelle II.

Mädchen, 6—7 Jahre			Knaben, 6—7 Jahre			Mädchen, 7—8 Jahre			Knaben, 7—8 Jahre			Mädchen und Knaben, 8—9 Jahre		
Länge	Gewicht	—10%	Länge	Gewicht	—10%	Länge	Gewicht	—10%	Länge	Gewicht	—10%	Länge	Gewicht	—10%
130	22.94	20.65	120	21.60	19.44	130	23.27	20.95	130	24.00	21.60	139	27.84	24.61
129	22.76	20.49	119	21.42	19.28	129	23.09	20.79	129	23.82	21.44	138	27.15	24.44
128	22.58	20.33	118	21.24	19.12	128	22.91	20.62	128	23.64	21.32	137	26.95	24.26
127	22.41	20.17	117	21.06	18.96	127	22.73	20.46	127	23.45	21.11	136	26.75	24.08
126	22.24	20.02	116	20.88	18.80	126	22.55	20.30	126	23.27	20.95	135	26.56	23.81
125	22.06	19.86	115	20.70	18.63	125	22.38	29.15	125	23.08	20.78	134	26.36	23.73
124	21.88	19.70	114	20.52	18.47	124	22.20	19.98	124	22.90	20.61	133	26.16	23.55
123	21.71	19.59	113	20.34	18.31	123	22.02	19.82	123	22.72	20.45	132	25.97	23.38
122	21.53	19.38	112	20.16	18.15	122	21.84	19.66	122	22.53	20.28	131	25.77	23.20
121	21.35	19.22	111	19.98	17.99	121	21.66	19.50	121	22.35	20.12	130	25.57	23.02
120	21.18	19.07	110	19.80	17.82	120	21.49	19.35	120	22.16	19.95	129	25.37	22.84
119	21.00	18.90	109	19.62	17.66	119	21.31	19.18	119	21.98	19.79	128	25.18	22.67
118	20.82	18.74	108	19.44	17.50	118	21.13	19.02	118	21.80	19.62	127	24.98	22.49
117	20.64	18.58	107	19.26	17.34	117	20.95	18.85	117	21.61	19.45	126	24.78	22.31
116	20.47	18.43	106	19.08	17.18	116	20.77	18.70	116	21.43	19.29	125	24.59	22.14
115	20.29	18.27	105	18.90	17.01	115	20.60	18.54	115	21.24	19.12	124	24.39	21.96
114	20.11	18.10	104	18.72	16.85	114	20.42	18.38	114	21.06	18.96	123	24.19	21.78
113	19.94	17.95	103	18.54	16.69	113	20.24	18.22	113	20.88	18.80	122	24.00	21.60
112	19.76	17.79	102	18.36	16.53	112	20.06	18.06	112	20.69	18.63	121	23.80	21.42
111	19.58	17.63	101	18.18	16.37	111	19.88	17.90	111	20.51	18.46	120	23.60	21.34
110	19.41	17.47	100	18.00	16.20	110	19.71	17.74	110	20.32	18.29	119	23.40	21.16
109	19.23	17.31	99	17.82	16.04	109	19.53	17.58	109	20.14	18.13	118	23.21	20.89
108	19.05	17.15	98	17.64	15.88	108	19.35	17.42	108	19.96	17.97	117	23.01	20.71
107	18.87	16.99	97	17.46	15.72	107	19.17	17.26	107	19.77	17.80	116	22.81	20.53
106	18.70	16.83	96	17.28	15.56	106	18.99	17.10	106	19.59	17.64	115	22.62	20.36
105	18.52	16.67	95	17.10	15.39	105	18.81	16.93	105	19.40	17.40	114	22.42	20.18
104	18.34	16.51				104	18.63	16.77				113	22.22	20.00
103	18.17	16.36				103	18.45	16.61				112	22.03	19.83
102	17.99	16.20				102	18.27	16.45				111	21.83	19.65
101	17.81	16.03				101	18.09	16.29				110	21.63	19.47
100	17.64	15.88				100	17.92	16.13				109	21.42	19.28
99	17.46	15.72										108	21.22	19.10
												107	21.02	18.92
												106	20.83	18.75
												105	20.63	18.57

Tabelle II.

Mädchen, 9—10 Jahre			Knaben, 9—10 Jahre			Mädchen, 10—11 Jahre			Knaben, 10—11 Jahre			Mädchen, 11—12 Jahre			Knaben, 11—12 Jahre		
Länge	Gewicht	—10%	Länge	Gewicht	—10%	Länge	Gewicht	—10%	Länge	Gewicht	—10%	Länge	Gewicht	—10%	Länge	Gewicht	—10%
140	28.89	26.01	140	27.77	25.00	140	28.96	26.07	144	30.21	27.19	145	31.52	28.37	147	33.91	30.62
139	28.68	25.82	139	27.57	24.82	139	28.75	25.88	143	29.90	26.91	144	31.31	28.18	146	33.68	30.32
138	28.47	25.63	138	27.38	24.65	138	28.54	25.69	142	29.69	26.73	143	31.09	27.99	145	33.45	30.11
137	28.27	25.45	137	27.18	24.47	137	28.34	25.51	141	29.49	26.55	142	30.87	27.78	144	33.22	29.90
136	28.06	25.26	136	26.98	24.29	136	28.13	25.32	140	29.28	26.36	141	30.65	27.58	143	32.99	29.70
135	27.86	25.08	135	26.78	24.11	135	27.92	25.13	139	29.07	26.17	140	30.43	27.39	142	32.75	29.48
134	27.65	24.89	134	26.59	23.94	134	27.71	24.94	138	28.86	25.98	139	30.22	27.20	141	32.52	29.27
133	27.44	24.70	133	26.39	23.76	133	27.50	24.75	137	28.65	25.79	138	30.00	27.00	140	32.29	29.07
132	27.24	24.52	132	26.19	23.58	132	27.30	24.57	136	28.44	25.60	137	29.78	26.80	139	32.06	28.86
131	27.03	24.33	131	26.00	23.40	131	27.09	24.39	135	28.23	25.41	136	29.57	26.61	138	31.83	28.65
130	26.83	24.15	130	25.80	23.22	130	26.88	24.20	134	28.02	25.22	135	29.35	26.41	137	31.60	28.44
129	26.62	23.96	129	25.60	23.04	129	26.67	24.01	133	27.81	25.03	134	29.14	26.23	136	31.37	28.24
128	26.41	23.77	128	25.40	22.86	128	26.46	23.82	132	27.60	24.84	133	28.92	26.03	135	31.14	28.03
127	26.21	23.59	127	25.21	22.69	127	26.26	23.64	131	27.40	24.66	132	28.70	25.83	134	30.91	27.82
126	26.00	23.40	126	25.01	22.51	126	26.05	23.45	130	27.19	24.48	131	28.49	25.64	133	30.68	27.62
125	25.80	23.22	125	24.80	22.32	125	25.84	23.26	129	26.98	24.29	130	28.27	25.44	132	30.44	27.40
124	25.59	23.04	124	24.61	22.15	124	25.63	23.07	128	26.77	24.10	129	28.06	25.25	131	30.20	27.18
123	25.38	22.85	123	24.42	21.98	123	25.42	22.88	127	26.56	23.91	128	27.84	25.06	130	29.97	26.98
122	25.18	22.67	122	24.22	21.80	122	25.22	22.70	126	26.35	23.72	127	27.62	24.86	129	29.74	26.77
121	24.97	22.48	121	24.02	21.62	121	35.01	22.51	125	26.14	23.53	126	27.41	24.67	128	29.51	26.56
120	24.77	22.30	120	23.82	21.44	120	24.80	22.32	124	25.93	23.34	125	27.19	24.48	127	29.28	26.36
119	24.56	22.11	119	23.63	21.27	119	24.59	22.14	123	25.72	23.15	124	26.98	24.29	126	29.05	26.15
118	24.35	21.92	118	23.43	21.09	118	24.38	21.95	122	25.51	22.96	123	26.76	24.09	125	28.82	25.94
117	24.15	21.74	117	23.23	20.90	117	24.18	21.77	121	25.31	22.78	122	26.54	23.89	124	28.59	25.74
116	23.94	21.55	116	23.03	20.73	116	23.97	21.58	120	25.10	22.59	121	26.33	23.70	123	28.36	25.53
115	23.74	21.37	115	22.83	20.55	115	23.76	21.39	119	24.89	22.47	120	26.11	23.50	122	28.12	25.31
114	23.53	21.18	114	22.64	20.38	114	23.55	21.20	118	24.68	22.22	119	25.90	23.31	121	27.89	25.11
113	23.32	20.99	113	22.44	20.20	113	23.34	21.01	117	24.47	22.03	118	25.68	23.12	120	27.66	24.90
112	23.12	20.81	112	22.24	20.02	112	23.14	20.83	116	24.26	21.84	117	25.46	22.92			
111	22.91	20.62	111	22.04	19.84	111	22.94	20.65	115	24.05	21.65	116	25.25	22.73			
110	22.51	20.26	110	21.85	19.67	110	22.73	20.49	114	23.84	21.46	115	25.03	22.53			
109	22.30	20.07							113	23.63	21.37						
108	22.09	19.89							112	23.42	21.18						
107	21.89	19.71							111	23.20	20.98						
									110	22.99	20.70						

Tabelle II.

Mädchen, 12—13 Jahre			Knaben, 12—13 Jahre			Mädchen, 13—14 Jahre			Mädchen, 13—14 Jahre			Knaben, 13—14 Jahre			Knaben, 13—14 Jahre		
Länge	Gewicht	—10%	Länge	Gewicht	—10%	Länge	Gewicht	10—%	Länge	Gewicht	—10%	Länge	Gewicht	— 0%	Länge	Gewicht	—10%
156	36.63	33.00	153	36.29	32.67	161	41.82	37.64	127	32.98	29.69	163	42.59	38.34	129	33,75	30.38
155	36.40	32.76	152	36.06	32.46	160	41.56	37.41	126	32.72	29.45	162	42.33	38.10	128	33.49	30.15
154	36.17	32.56	151	35.82	32.24	159	41.30	37.27	125	32.46	29.22	161	42.07	37.87	127	33.23	29.91
153	35.93	32.34	150	35.59	32.04	158	41.04	36.94				160	41.81	37.63	126	32.97	29.68
152	35.70	32.13	149	35.36	31.83	157	40.78	36.61				159	41.56	37.40	125	32.71	29.44
151	35,47	31.93	148	35.12	31.61	156	40.52	36.47				158	41.29	37.17			
150	35.23	31.71	147	34.89	31.41	155	40.26	36.24				157	41.03	36.93			
149	35.00	31.50	146	34.65	31.19	154	40.00	36.00				156	40.77	36.70			
148	34.77	31.30	145	34.42	30.98	153	39.74	35.77				155	40.51	36.46			
147	34.53	31.08	144	34.18	30.77	152	39.48	35.54				154	40.25	36.23			
146	34.30	30.87	143	33.94	30.55	151	39.22	35.30				153	39.99	36.00			
145	34.07	30.67	142	33.71	30.34	150	38.96	35.07				152	39.73	35.76			
144	33.84	30.46	141	33.47	30.13	149	38.70	34.83				151	39.47	35.53			
143	33.60	30.24	140	33.24	29.92	148	38.44	34.60				150	39.21	35.29			
142	33.37	30.04	139	33.00	29.70	147	38.18	34.37				149	38.95	35.06			
141	33.14	29.83	138	32.76	29.49	146	37.92	34.13				148	38.69	34.78			
140	32.90	29.61	137	32.53	29.28	145	37.66	33.90				147	38.43	34.57			
139	32.67	29.41	136	32.29	29.07	144	37.40	33.66				146	38.17	34.36			
138	32.44	29.20	135	32.06	28.86	143	37.14	33.43				145	37.91	34.12			
137	32.20	28.98	134	31.82	28.64	142	36.88	33.20				144	37.65	33.89			
136	31.97	28.78	133	31.58	28.43	141	36.62	32.96				143	37.39	33.66			
135	31.74	28.57	132	31.35	28.22	140	36.36	32.73				142	37.13	33.42			
134	31.51	28.36	131	31.11	28.00	139	36.10	32.49				141	36.87	33.19			
133	31.27	28.15	130	30.88	27.80	138	35.84	32.26				140	36.61	32.95			
132	31,04	27.94				137	35.58	32.03				139	36.35	32.72			
131	30.81	27.73				136	35.32	31.79				138	36.09	32.49			
130	30.57	27.52				135	35.06	31.56				137	35.83	32.25			
129	30.34	27.31				134	34.80	31.32				136	35.57	32.02			
128	30.11	27.10				133	34.54	21.09				135	35.31	31.78			
127	29.87	26.89				132	34.28	30.86				134	35,05	31.55			
126	29,64	26.68				131	34.02	30.62				133	34.79	31.32			
125	29.41	26.57				130	33.76	30.39				132	34.53	31.08			
						129	33.50	30.15				131	34.27	30.85			
						128	33.24	39.92				130	34.01	30.61			

mit 40,9 um 7 % zu hoch. Aehnlich liegt das Verhältnis bei Florschütz, wo die Mitte bei etwa 40,8 liegt, von dem das unterste Zentimetergewicht um 4 %, das oberste um 10 % abweicht. Dies sind scheinbar hohe Differenzen. Nun sind aber hier jedesmal 5 Jahre zusammengefaßt, in meiner Tabelle sind die Zentimetergewichte aber für jedes Jahr gesondert berechnet. Außerdem ist bei Florschütz das Gewicht und das Längenmaß in Schuhen und Kleidern festgestellt. Betrachtet man in Tabelle I die letzten 5 Jahre der Schulzeit, so findet man, daß in ihnen die Zentimetergewichte von 9—13 Jahren in Hamm um 32 % (von 198 auf 260 = 100 : 132) oder im Durchschnitt jährlich um 6 % steigen, in Königsberg um 25 % oder jährlich um 5 %. Teilt man die in Tabelle III errechneten Zahlenunterschiede durch 5 oder 6, so bleiben sowohl nach oben, wie aber noch mehr nach unten die Abweichungen von dem Mittel-Zentimetergewicht so klein, daß man sie vernachlässigen kann.

Diese Voraussetzung hat sich, wie der oben geschilderte Versuch an den obersten Schulklassen wohl mit genügender Deutlichkeit zu beweisen scheint, als zutreffend herausgestellt.

Sollte man, namentlich für die schulentlassene Jugend und für die Rekruten genauere Zahlen wünschen, so wäre der von Florschütz gezeigte Weg einzuschlagen, d. h. es wäre für jedes Längenmaß sowohl das Gewicht, als auch der Brustumfang und der Bauchumfang zu bestimmen und darnach auf Grund größerer Versuche von verschiedenen Untersuchern eine Tabelle mit den unteren noch zulässigen Grenzen aufzustellen.

Erst auf Grund von Tabellen, wie den geschilderten, ließen sich Statistiken aufstellen, die uns die bisher fehlende Einsicht in die Konstitution unseres Volkes geben und damit die Grundlage für alle zu ergreifenden Maßnahmen bilden müßten. Ohne diese Tabellen und diese Statistik werden wir aus den gewiß wohlwollenden, aber wissenschaftlich anfechtbaren Erörterungen nie herauskommen.

Ich möchte hier nur ganz kurz bemerken, daß sich auf Grund der Tabellen eine große Differenz zwischen den Kindern in Hamm selbst, einer mittelgroßen Industriestadt (43000 Einw.) und denen in rein landwirtschaftlichen Gegenden des Kreises Hamm ergaben, Unterschiede, die so groß sind, daß ich die genauen Zahlen erst nach einer nochmaligen Prüfung im nächsten Frühjahr veröffentlichen möchte. Zwischen diesen Zahlen liegen die der beiden kleineren Städte unseres Kreises — Unna und Kamen — und den Industriedörfern. Daß Unterschiede vorhanden sind, läßt sich aus den Ziffern der Militärtauglichkeit der letzten 3 Jahre schließen, die für Hamm wesentlich ungünstiger waren, als für die landwirtschaftlichen Dörfer und die beiden kleineren Städte. Günstigere Ziffern hatten dagegen die Industriedörfer, in die der kräftigste Teil der Bevölkerung strömt.

II. Die Fürsorge für die Schwächlichen. Eine

Auslese, wie die oben gezeichnete, konnte nur dann auf die Unterstützung weiterer Kreise, insbesondere der Lehrerschaft, rechnen, wenn sich an sie eine Hilfe für die Schwächlichen unmittelbar anschloß. Hierzu waren die Voraussetzungen in den Fürsorgestellen und den Mutterberatungsstellen unseres Kreises gegeben. Wie schon erwähnt, wurden die „zu Geringen" — daneben natürlich auch alle Kranken — den Schulärzten vorgestellt, und wenn diese sich für eine Unterstützung entschieden, diese von den Fürsorgestellen resp. den Mutterberatungsstellen in der Weise gewährt, daß entweder Milch in den Schulen gegeben wird, oder daß die Eltern eine Unterstützung hierfür erhielten, oder daß die Kinder in ein Soolbad geschickt werden, zum Teil auch auf Kosten von Eltern und Krankenkassen. In allen Fällen aber wurden sie in Fürsorge genommen, d. h. die Eltern wurden belehrt — was ich bei weitem für die Hauptsache auf allen Gebieten der Fürsorge halte — und entweder von den Lehrern oder den Helfern der Fürsorge, freiwilligen oder besoldeten, im Auge behalten.

Natürlich beschränkt sich die schulärztliche Tätigkeit und die Fürsorge nicht auf die „zu Geringen", vielmehr werden alle diejenigen, bei denen der Lehrer eine Abweichung von der Norm bemerkt, dem Schularzt vorgestellt, von ihm untersucht und im Bedarfsfalle der Fürsorgestelle gemeldet.

Die Mittel zu dieser Fürsorge sind gering, und zweifellos überall aufzubringen. Jede der Fürsorgestellen erhält vom Kreise einen jährlichen Betrag von 100 M., die in der Stadt Hamm statt dessen einen vollbesoldeten Beamten (Gesundheitsaufseher), ferner von der Landesversicherungsanstalt Westfalen einen namhaften jährlichen Beitrag, der sich ungefähr nach der Seelenzahl richtet; außerdem zahlen die Krankenkassen bezw. in den Bergwerksdörfern die Werkkassen jährlich 10 Pfg. pro Kopf des Mitgliedes. Die beiden Mütterberatungsstellen in Hamm haben zusammen einen Etat von 75 M. monatlich, wovon auch noch ein Beitrag für die Besoldung einer Helferin gegeben wird. Die Arbeit der Aerzte an der Fürsorge (einschl. Mütterberatungsstelle) ist eine ehrenamtliche.

Ich glaube, wohl nicht zu viel gesagt zu haben, wenn ich behaupte, daß sich eine ähnliche Fürsorge überall einrichten läßt, namentlich, da in den landwirtschaftlichen Gegenden die Zahl der Schwächlichen voraussichtlich bis auf seltene Ausnahmen keine große sein wird.

III. Fortbildungsschüler und Schulentlassene

Einen vollkommenen Nutzen wird die planmäßige Gesundheitsfürsorge, d. h. die Auslese von Schwächlichen vor dem Verfall in Krankheit, erst dann erzielen, wenn sie über das Schulalter hinaus, zum mindesten bis zum Militärpflichtigen oder bei Frauen bis zum Heiratsalter, fortgesetzt wird. Hierfür hat die stets hilfsbereite und weitsichtige Landesversicherungsanstalt Westfalen unseren Fürsorgeamt eine größere Summe zur Verfügung gestellt, um zunächst bei den Männlichen vom

14.—19. Lebensjahre eine Musterung vorzunehmen, durch die die Aufstellung einer Konstitutionstabelle ermöglicht werden soll. Es ist beabsichtigt mit Hilfe von Mitgliedern der Sanitätskolonne an jugendlichen Turnern und ausgelesenen Arbeitern Länge, Gewicht und Umfang der verschiedenen Körperteile (auch der Extremitäten) zu messen und eine ärztliche Musterung unmittelbar anzuschließen.

Alsdann sollen Fortbildungsschüler, Seminaristen und die Schüler höherer Lehranstalten gemessen und gewogen werden.

Einen allgemeinen Nutzen kann diese Arbeit aber erst dann bringen, wenn sie in möglichst vielen Gegenden und an recht verschiedenem Menschenmaterial vorgenommen würde.

Hierzu wäre es aber nötig, sich auf gewisse Grundsätze der Konstitusionsbestimmung sowohl bei den Schulentlassenen, wie auch bei den Schulpflichtigen zu einigen, und dazu würde eine Kommission von Sachverständigen, die von berufener Seite eingeladen werden müßte, die Grundlagen liefern können.

Bemerkungen zu dem Aufsatz des Herrn Dr. Rissmann, Direktor der Prov.-Hebammen-Lehranstalt in Osnabrück über die Vorbildung der preuss. Hebammenschülerinnen.

Von Med.-Rat Dr. **Litterski**, Kreisarzt in Mayen.

Der kleine Aufsatz des Herrn Dr. Rissmann, abgedruckt in Nr. 23, Jahrg. 1911 dieser Zeitschrift, gibt mir Veranlassung zu einer kurzen Erwiderung auf Grund langjähriger Erfahrungen.

Zweifellos wäre zu wünschen, daß die Hebammenschülerinnen eine bessere Vorbildung hätten, als sie tatsächlich haben. Dieser Wunsch hat jedoch sein „Aber“ und wird kaum in absehbarer Zeit erfüllt werden, einmal deshalb nicht, weil ein Material mit besserer Schulbildung nicht vorhanden ist und für absehbare Zeit nicht zu haben sein wird, anderseits weil Mädchen, Frauen mit besserer Vorbildung, mit Mittelschulkenntnissen, sich einem anderen, leichteren und besser bezahlten Beruf wählen, z. B. als Telephonistin, Verkäuferin in Geschäftshäusern etc., als den sehr schweren, schlecht bezahlten Hebammenberuf. Will man also besseres Material haben, muß man vor allen Dingen die materielle Lage der Hebammen heben, sie besser bezahlen.

Dazu kommt zweitens, daß die Hebammenschülerinnen sich meist aus den Einsassen der ländlichen Ortschaften der Hebammenbezirke rekrutieren und sich noch weiter daraus rekrutieren werden. Sie sind mit den Sitten, Gebräuchen der Ortseingesessenen vertraut, verwachsen und bleiben dort haften; heiraten aus den Ortschaften und begnügen sich mit den geringen Einnahmen. Ihr Verdienst gilt aber als Nebenverdienst zu dem des Mannes (Arbeiters, Handwerkers, kleinen Eigentümers) zur Erhaltung der Familie. Fremde, besser gebildete Hebammen lassen sich in solchen Ortschaften gar nicht nieder, und wenn

sie es getan haben, fühlen sie sich da so wenig wohl und heimatlich, daß sie die Stelle bald wieder verlassen, um sich in einer größeren Stadt niederzulassen. So habe ich z. B. in meinem Kreise einige anscheinend mehr gebildete Hebammen gehabt, die bald den ländlichen Ortschaften den Rücken wandten und nach Cöln, Wiesbaden etc. verzogen sind. Also für die ländliche Hebammenpraxis wird man sich mit dem geringer gebildeten Material (Volksschulen) für unabsehbare Zeit begnügen müssen und zufrieden sein, wenn die Hebammenschülerinnen einigermaßen orthographisch schreiben, die 4 Spezies rechnen können und einigermaßen gewandt, auffassungs- und lernfähig erscheinen. Meines Erachtens erfüllen diese Art Hebammen, wenn sie einmal ausgebildet sind und wenn sie sonst moralisch, gewissenhaft sind, vollständig ihre Pflicht. Sie versagen nur und meist theorethisch, wenn sie älter werden, weil sie sich nicht weiter bilden, weil sie nicht mehr das Hebammenbuch studieren, wiederholen, weil sie keine Hebammenzeitungen lesen etc.

Dasselbe würde auch mit den besser Gebildeten ergehen, wenn sie sich nicht weiter bilden würden. — Die Einnahmen der Hebammen auf dem Lande, in kleinen Ortschaften, kleinen Städten sind aber zu gering, so daß sie sich nebenbei mit der Wirtschaft des Mannes beschäftigen müssen, um zu existieren.

Also erst Schaffung besserer materieller Lage, etwa 600—1200 Mark mit Pensionsberechtigung etc., und dann die Forderung der Mittelschulbildung! Wenn nun Dr. Rissmann sagt, daß die Kreisärzte nicht kompetent, nicht in der Lage seien, die hinreichenden Kenntnisse einer Hebammenschülerin zu beurteilen, und die Prüfung vor einer Prüfungskommission mit sogar einem Schullehrer zu erfolgen hätte, so ist er meines Erachtens zu weit gegangen.

Ich würde als Kreisarzt gern das Amt der Prüfung der Hebammenschülerinnen abgeben, zumal bei dem Honorar von 3 Mark für eine Tätigkeit von 1—1½ Stunde; aber mich als inkompetent zu erklären, muß ich entschieden ablehnen.

Wenn die Kreisärzte mitunter minderwertiges Material vorschlagen, so geschieht es lediglich, weil die Bezirke sonst unbesetzt bleiben und dadurch, abgesehen von anderen Unbequemlichkeiten für die Ortschaftsbewohner, der Hebammenpfuscherei Vorschub geleistet wird.

Das vorgeschriebene Formular VI für das Fähigkeitszeugnis schreibt ganz genau den Gang der Prüfung vor, meines Erachtens müssen auch die Schriftproben und Rechenexempel dem Zeugnis stets beigefügt werden. Ich habe es anders nicht gehandhabt, denn wenn man Schreib- und Rechenproben machen läßt, sind sie als Anlage des Prüfungszeugnisses zu behandeln.

Resumé.

1. Erst bessere Besoldung der Hebamme und dann Forderung höherer Schulbildung.

2. Bei der jetzigen Besoldung sind besser gebildete Schülerinnen, wenigstens fürs Land, nicht zu haben und werden sich für absehbare Zeit nicht finden; aber sollten sich solche finden, dann wandern sie bald nach größeren Städten ab.

3. Die Kreisärzte würden gewiß nichts dagegen haben, wenn ihnen das Prüfungsamt abgenommen, aber sich für inkompetent für die Beurteilung des Prüfungsresultats zu erklären, damit werden sie kaum einverstanden sein.

4. Wenn das Fähigkeitszeugnis nach Formular VI genau befolgt wird, müssen stets die Schreib- und Rechenproben beigefügt werden.

5. Bei Unterlassung dieser Beifügung hat der betreffende Anstalts-Direktor sich an den Landeshauptmann und dieser an den zuständigen Regierungspräsidenten zu wenden, der dann gewiß sofort das Nötige veranlassen wird.

6. Die Nachkurse müssen häufiger, etwa alle 5 Jahre stattfinden, und dementsprechend Geldmittel bereitgestellt werden, daß diesem Turnus Rechnung getragen werden könnte (in meinem Kreise bei 57 Hebammen kommen jährlich höchstens 3 Hebammen zum Nachkursus, weil größere Kreisgeldmittel nicht bewilligt sind).

Die Vorbildung der preußischen Hebammenschülerinnen.

Von Dr. R. Thomalla, Kreisarzt in Altena-Lüdenscheid.

Die Frage der besseren Vorbildung der Hebammen, das Verlangen, den Nachwuchs aus besseren Gesellschaftsschichten zu beziehen, ist eine alte Forderung, in der sich die Medizinalbeamten und Aerzte mit dem besseren Publikum begegnen und die schon so manchen Vorschlag gezeitigt hat. Herr Dr. Rissmann glaubt nun in einem Vorschlag, den er in Nr. 23 der Zeitschrift für Med.-Beamte 1911 macht, eine Besserung erzielen zu können, wenn die Prüfung auf Schulkenntnisse nicht mehr von Medizinalbeamten, sondern von einer Kommission ausgeübt werde, der Schulmänner beigegeben werden. Außerdem erinnert er in seinem Aufsatz an die im Juni d. Js. von den Hebammenlehrern in München aufgestellte These, nach der zur Aufnahme in eine Hebammenschule grundsätzlich die erfolgreiche Absolvierung einer Mittelschule verlangt werden soll.

Da es sich bei dieser Prüfung der Schulkenntnisse doch nur um elementare Fächer handelt, so sehe ich nicht ein, falls der Kreisarzt nicht geeignet wäre, die angehenden Hebammenschülerinnen auf ihre Schulkenntnisse zu prüfen, warum die Prüfungskommission sich mehr dazu eignen sollte, obgleich ihre Mitglieder doch denselben Bildungsgang durchgemacht haben. Ich halte im Gegenteil den Kreisarzt in erster Linie dazu berufen, die angehenden Hebammenschülerinnen auf ihre Schulkenntnisse zu prüfen, weil er am besten ein Urteil über die Auffassungsgabe oder Urteilskraft der Prüflinge, die er in vielen Fällen schon vorher kannte, abgeben kann und er nicht wegen

einiger aus Unachtsamkeit oder auch wegen mangelhafter Kenntnisse gemachten orthographischen oder Rechenfehler eine Geprüfte zurückweisen wird. Darüber werden wir uns doch einig sein, daß eine gute Auffassungsgabe und eine gesunde Urteilskraft für die angehenden Hebammenschülerinnen wichtiger ist, wie ihre theoretischen Kenntnisse im Schreiben und Rechnen. Ich habe alte Hebammen kennen gelernt, die in zehn Worten elf orthographische Fehler machten, dabei aber in jeder Beziehung die tüchtigsten und zuverlässigsten Hebammen waren, während ich umgekehrt oft jüngere Hebammen mit sehr guter Schulbildung unverständig, nachlässig, dünkelhaft und arbeitsscheu fand. Welche von diesen beiden Sorten vorzuziehen sei, bedarf wohl keiner weiteren Auseindersetzung.

Hierin stimme ich also mit Herrn Dr. Rissmann nicht überein. Indem ich nun im Folgenden meine Ansicht über den zukünftigen Nachwuchs unserer Hebammen ausspreche, tue ich dies hauptsächlich deshalb, um die Herren Kollegen anzuregen, auch ihrerseits ihre Meinungen über diesen Punkt zu veröffentlichen, sodaß ein Extrakt aus allen Veröffentlichungen schließlich ein positives Ergebnis haben könnte.

Was die erfolgreiche Absolvierung einer Mittelschule anbelangt, so wird wohl niemand dagegen etwas einzuwenden haben. Jedoch muß hervorgehoben werden, daß wir in vielen Industriegegenden, sowie auch in landwirtschaftlichen Gegenden Oberschlesiens, Posens, West- und Ostpreußens Damen als Hebammen nicht gebrauchen können. Wenn in einer Kate Masurens die Kreißende von ihrem üblichen halben Liter Schnaps betrunken im Bette liegt, der teure Ehegatte aber gleichfalls betrunken in der Bude herumtobt, so hat sicher die resolute bäurische masurische Hebamme mehr Erfolg, als eine gebildete oder halbgebildete Dame, die noch so gute Schulkenntnisse haben mag, abgesehen davon, daß eine solche vielleicht schon am nächsten Tage eine weniger empfindliche, an die Landeseigentümlichkeiten gewöhnte Kollegin hinschicken würde, wenn ihr, was gar nicht selten vorkommt, die Gebärende oder deren Ehemann im Schnapsrausch die leere Flasche an den Kopf wirft. Wir dürfen auch nicht unberücksichtigt lassen, daß die sehr zurückgebliebene niedere Volksklasse im Osten in mehr als 50% aller Fälle gar keine Hebamme hinzuzieht und daß dies noch viel öfter vorkommen würde, wenn fremde Damen oder Frauen als Hebammen hinkämen. Diese könnten auch mit der geringen Bezahlung der jetzigen Hebammen unmöglich zufrieden sein und müßten daher höhere Gebühren beanspruchen, die erst recht abschreckend auf die dortige Bevölkerung wirken würden. Es wird doch nicht eine Dame als Hebamme in den Osten gehen, um dort mit einem Einkommen von 300 bis höchstens 500 Mark sich durchwinden zu müssen.

Es ist schon oft ausgesprochen und ich stehe auf dem gleichen Standpunkt: Wir brauchen zwei Arten von Hebammen, deren praktische Ausbildung natürlich vollkommen

gleich sein muß, deren theoretische aber verschieden sein kann, aber nicht Hebammen I. und II. Ordnung. In den oben genannten Gegenden werden wir noch lange Frauen aus den unteren Volksschichten nehmen müssen, deren theoretische Kenntnisse nur mäßig zu sein brauchen, während wir für Städte, Universitätsinstitute pp. ganz andere Ansprüche stellen können und für solche Hebammenschülerinnen eine erfolgreiche Absolvierung einer Mittelschule am Platze wäre. Wir müssen uns aber fragen, ob sich denn diejenigen Damen, die sich einer derartigen Schulbildung erfreuen, dazu drängen, Hebammen zu werden. Durchaus nicht! Nur in der äußersten Not greifen sie zu diesem Beruf. Es wird meist behauptet, daß nur die schlechten Einnahmen die Schuld an der Abneigung vor diesem Berufe tragen. Das ist nicht der Fall, denn in Städten und größeren Orten ist heute der größte Teil der Hebammen sehr gut gestellt. Es ist vielmehr unstreitig in erster Linie der Name „Hebamme“, der die meisten Damen aus besseren Ständen von diesem Berufe fernhält. Ich erinnere mich noch genau, wie mir in Berlin die Witwe eines Offiziers, die mit viel Erfolg den Hebammenberuf ausübte und eine große Einnahme hatte, erzählte, daß ihre Kinder, die höhere Schulen besuchten, oft weinend aus der Schule kamen, weil ihre Mitschüler mit den Kindern einer „Hebamme“ nicht verkehren wollten.

Solche Erlebnisse rauben sehr schnell die Lust am Beruf. Hier nützt es auch nichts, wenn wir Hebammen I. und II. Ordnung schaffen, wogegen ich mich unbedingt ausspreche, sie bleiben eben doch „Hebamme“. Dabei müssen wir bedenken, daß das Publikum den schweren und verantwortungsvollen Beruf einer Hebamme durchaus nicht so würdigt, wie die Aerzte. In den Augen fast aller Hausfrauen steht die Hebamme auf derselben Stufe, wie eine bessere Waschfrau oder etwa eine Friseuse. Und die Damen der Gesellschaft würden sich wohl überall dagegen wehren, eine „Hebamme“, mag sie aus noch so guter Familie, mit noch so guter Schulbildung und Bildung ausgerüstet sein, in ihren Kreis aufzunehmen. Einzig und allein die Aenderung des Namens könnte hier einen Erfolg versprechen. Gehen wir von dem Verbum iuvo oder adiuvo aus und sprechen wir jeder Dame, die die Hebammenprüfung bestanden und mindestens eine Mittelschule mit Erfolg durchgemacht oder einen ähnlichen Bildungsgrad aufzuweisen hat, die Bezeichnung „Geprüfte Adjuvantin“ oder „Geprüfte Juvantin“ zu, so haben wir vielleicht mit dieser oder einer ähnlichen Bezeichnung einen Anziehungsgrund zur Ergreifung dieses schönen Berufes gefunden. Man hüte sich aber vor allzu engherzigem Bestehen bestimmter Examinas pp., sondern man öffne diesen Beruf allen Damen der gebildeten Stände, die auf eigenen Erwerb angewiesen sind oder aus anderen Gründen einen Beruf ergreifen wollen. Wie viele Arztwitwen beispielsweise, die doch so oft in bitterer Not leben, könnten durch diesen Beruf, für den sie vor allen geeignet sind, sich und den Ihrigen eine sichere und anständige Position

schaffen. Daß die geprüften Adjuvantinnen etwas Besseres sind, als die Hebammen, wird man bald wissen; daß man ihnen dann mit aller Hochachtung entgegenkommen wird, halte ich für selbstverständlich, und es ist in erster Linie Sache der Behörden und der Aerzte, hierzu nach Kräften beizutragen. Die Adjuvantinnen, durch die ich gleichsam einen neuen Stand schaffen will, für deren Leistungen meines Erachtens eine neue, höhere Taxordnung einzurichten wäre, müßten es dann verstehen, die Helferin und Ratgeberin der Mütter in den gebildeten Ständen zu werden, ja eine Art Freundin, der die Schwangeren und die Wöchnerinnen als einer Gleichgestellten rückhaltlos vertrauen. Nähme dann vielleicht die Zahl der Adjuvantinnen zu, so könnten dann ja die Ansprüche bezüglich der theoretischen Ausbildung und Vorbildung der Hebammen allmählich immer größer werden. Sollte es aber sogar einmal soweit kommen, daß die geprüften Adjuvantinnen selbst die verlorensten Gegenden des Ostens oder die schmutzigsten industriellen Orte nicht nur aufsuchen, sondern sich dort wohlbefinden und ausharren, so können sie uns hier nicht nur vom Standpunkte der Medizin, sondern auch als Kulturträgerinnen allgemein herzlich willkommen sein.

Beamteter Arzt und Feuerbestattungs-Gesetz.

Von Medizinalrat Dr. **Rogowski**, Kreisarzt in Berlin.

(Erwiderung auf den gleichlautenden Aufsatz von Dr. Berg in Nr. 1 dieser Zeitschrift).

Zu der Ansicht des Herrn Dr. Berg, daß dort, wo in einem Kreise neben dem Kreisarzt ein besonderer Gerichtsarzt bestellt ist, letzterer auch die für den Transport von Leichen außerhalb Preußens erforderliche amtsärztliche „Bescheinigung“ auszufertigen habe, möchte ich bemerken, daß für den Stadtbezirk Berlin die Angelegenheit anders geregelt ist. Hier, wo kein Kreisarzt gleichzeitig Gerichtsarzt ist, ist durch allgemeine Verfügung des Polizei-Präsidenten den Kreisärzten die Ausstellung der erwähnten „Bescheinigung“ übertragen worden, während den Gerichtsärzten die Ausfertigung der „Bescheinigung“ für solche Leichen, die innerhalb Preußens durch Feuer bestattet werden sollen, vorbehalten geblieben ist. Die entgegengesetzte Ansicht des Herrn Dr. Berg dürfte also nicht richtig sein.

Gemäß dieser Unterscheidung zwischen Leichen, die außerhalb Preußens überführt werden, und Leichen, die innerhalb Preußens durch Feuer bestattet werden sollen, besteht auch eine Verschiedenheit hinsichtlich der Pflicht zur Abführung der Gebühren für die „Bescheinigung“ seitens der vollbesoldeten Kreisärzte an die Staatskasse. Wo der vollbesoldete Kreisarzt nicht zugleich Gerichtsarzt ist, stellt er die „Bescheinigung“ nicht in seiner Eigenschaft als „Gerichtsarzt“ aus, auch handelt es sich weder um eine sanitätspolizeiliche, noch medizinalpolizeiliche (vgl. § 6 des Gesetzes über die Dienststellung des

Kreisarztes usw. vom 16. September 1899) Tätigkeit; vielmehr ist es eine Tätigkeit, die dem Kreisarzt erst „durch einen besonderen öffentlich-rechtlichen . . . . . Akt übertragen“ worden ist (vgl. § 115 der Dienstanweisung für die Kreisärzte). Nach den §§ 3 und 4 des Gebührengesetzes für die Medizinalbeamten vom 14. Juli 1909 haben die vollbesoldeten Kreisärzte die Gebühren, die ihnen als „gerichtliche Sachverständige (Gerichtsärzte)“ zustehen, an die Staatskasse abzuführen. Und nach § 24 Abs. 3 der Dienstanweisung für die Kreisärzte fließen die Gebühren der vollbesoldeten Kreisärzte für ihre „Tätigkeit als Sachverständige vor den Gerichten“ an die Staatskasse. Keiner dieser Fälle trifft auf die in Rede stehenden „Bescheinigungen“ zu. Weder ist der Kreisarzt dort, wo ein besonderer Gerichtsarzt bestellt ist, bei Ausstellung der „Bescheinigung“ als „Gerichtsarzt“ tätig, noch als „gerichtlicher Sachverständiger“, noch handelt es sich um eine „Tätigkeit als Sachverständiger vor den Gerichten“.

Hiernach sind in Kreisen, wo ein besonderer Gerichtsarzt neben dem vollbesoldeten Kreisarzt bestellt ist, von den letzteren die Gebühren für die Besichtigung der Leiche und Ausstellung der „Bescheinigung“ nicht an die Staatskasse abzuführen.

Daß die amtsärztlichen „Bescheinigungen“, seien sie durch den Kreisarzt oder durch den Gerichtsarzt ausgestellt, als Vorzeugnisse zu stempelpflichtigen Urkunden von der Stempelsteuer befreit sind, sei in Hinsicht auf anderslautende Nachrichten in der Tagespresse und in der „Flamme“, dem Organ der deutschen Feuerbestattungsvereine, nebenbei erwähnt.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen einem Betriebsunfall und einer später in die Erscheinung getretenen Lendenwirbeltuberkulose (Spondylitis tuberculosa). Obergutachten des Geh. Med.-Rats Prof. Dr. Garré und des Assistenzarztes Dr. Rich. Sarrazin in Bonn. Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts; 1911, Nr. 9.

Nachdem die Sachverständigen eine genaue Geschichtserzählung und Krankheitsgeschichte gegeben haben, sprechen sie sich über die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges zwichen Unfall und Wirbeltuberkulose im allgemeinen und Anwendung der Ergebnisse auf den vorliegenden Fall wie folgt aus:

„1. K. war bis zum Unfalltage vollkommen gesund und arbeitsfähig.
2. Bei dem Hergange des Unfalls ist von Wichtigkeit die Tatsache, daß K. von dem Ochsen eine etwa 2 m hohe Wegeböschung hinabgerissen wurde und in den unten liegenden Graben stürzte. Der Ochse trat ihn dann angeblich auf die rechte Hüfte.
3. Bis zum Auftreten der ersten leichten Schmerzen sind sieben Wochen vergangen, während deren Dauer K. seine gewöhnliche Arbeit verrichten konnte und nur etwas Spannungsgefühl an der Kreuz- und rechten äußeren Gesäßgegend verspürte.
4. Die Beschwerden haben sich fortlaufend langsam gesteigert.
5. Die Krankheit ist erst 16 Monate nach dem Unfalle sicher als Lendenwirbeltuberkulose festgestellt worden.
6. Der an tuberkulöser Gehirnhautentzündung erfolgte Tod des K. ist als

eine unmittelbare, nicht vermeidbare Folge der Wirbeltuberkulose bestimmt anzusehen.

Daß im allgemeinen eine Gelenk- oder Knochentuberkulose als unmittelbare Folge einer Verletzung auftreten kann, ist wissenschaftlich schon lange begründet und sichergestellt. Die Lehrbücher von Thiem und Becker weisen eine ganze Reihe sicher begründeter Fälle nach; auch der I. Band der „Sammlung ärztlicher Obergutachten", herausgegeben vom Reichs-Versicherungsamt, enthält ein derartiges Gutachten (S. 57).

In den letzten 20 Jahren haben sich zahlreiche Untersucher auf Grund sicherer Beobachtungen im besonderen mit der Häufigkeit der traumatisch entstandenen Wirbeltuberkulose beschäftigt. So fanden Horzetzky (1887) 44 v. H., Faylor (1888) 33 v. H., Scharff (1895) 5 v. H., Wiener (1897) 19,1 v. H., Egis Wera (1897) 15,4 v. H. und Honsell (1901) 4 v. H. An der Möglichkeit des Zusammenhanges ist also nicht zu zweifeln; und es wird nun unsere Aufgabe sein, zu prüfen, ob die Forderungen, die die Arbeit der Gutachter im Laufe der Jahre für den Nachweis des ursächlichen Zusammenhanges aufgestellt hat, in dem vorliegenden Falle erfüllt sind.

1. K. ist eine 2 m hohe Wegeböschung hinunter in einen Graben gestürzt und dann angeblich von dem Ochsen auf die rechte Hüfte getreten worden. Dieser Tritt des Ochsen wurde von vornherein so betont, daß der doch sicher nicht unerhebliche Sturz vollständig ignoriert wurde. Wir glauben, daß gerade dieser Sturz der Hauptgrund für das spätere Leiden war.

Wie K. gestürzt ist, ob er mit dem Gesäße, der Beckenseite oder dem Rücken aufgeschlagen ist, wird sich mit Sicherheit nicht mehr feststellen lassen. Wie dem aber auch gewesen sein mag, ein — wenn auch leichter — Stoß gegen die Lendenwirbelsäule, eine Erschütterung derselben durch Fall auf das Gesäß oder die Beckenseite, brüske unwillkürliche Bewegungen der Wirbelsäule nach irgendeiner Seite hin mit Zerrung (beim Sturze oder beim Aufstehen) — eine dieser Schädigungen wenigstens ist als sicher anzunehmen. Und daß die Verletzungen bei traumatisch entstandener Tuberkulose keine besonders schweren zu sein brauchen, ebensowenig wie die sie herbeiführenden Gewalteinwirkungen, ist eine Erfahrungstatsache. Gerade die Quetschungen, Zerrungen haben oft eine Tuberkulose im Gefolge (Thiem, Wiener, Hahn, Honsell, Becker), viel öfter als Brüche oder Verrenkungen. Thiem (1898) äußert darüber folgendes: „Die Verletzungen sind meistens keine besonders schweren; es sind Verletzungen, die manchmal von selbst wieder heilen, den Kranken kaum oder nur kurze Zeit zur Unterbrechung der Arbeit zwingen und deshalb weder von ihm noch von dem Arzte für schwerwiegend angesehen werden." Becker (Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit, 1907) sagt: „Merkwürdig und von grundsätzlicher Wichtigkeit ist es, daß gewöhnlich nur leichtere Traumen Gelenk- und Knochentuberkulose hervorrufen. Man muß annehmen, daß gerade die leichteren Verletzungen dadurch, daß kleine Blutergüsse in das Markgewebe der Knochen oder Ausschwitzungen in die Gelenkkapsel erfolgen, einen geeigneten Boden für die Entwicklung der Tuberkelbazillen in den durch das Trauma gleichzeitig geschwächten Geweben schaffen." „Bezüglich der Knochen ist es bekannt, daß gerade die spongiöse Substanz (das Schwammgewebe) einen besonders günstigen Boden für die tuberkulösen Erkrankungen abgibt, daß deshalb u. a. die Wirbel häufiger erkranken".

Ob der Tritt des Ochsen gegen die rechte Hüfte bei der Entstehung des Leidens mitgewirkt hat, erscheint uns zweifelhaft; unseres Erachtens genügte aber schon der sicherlich schwerwiegendere Sturz in den Graben vollkommen, um irgendeine Verletzung der Wirbelsäule (Quetschung durch Stoß, Erschütterung, Zerrung) zu setzen. Die Verletzung ist dabei vielleicht so zustande gekommen, daß ein kleines Stück des Wirbelknochens durch starken Zug des an ihm entspringenden Muskels samt der Beinhaut ausgesprengt oder auch nur gelockert worden ist; daß infolge davon eine kleine Blutung unter die Beinhaut oder in das gelockerte Schwammgewebe des Knochens stattgefunden hat, die dann den geeigneten Entwicklungsboden für Tuberkelbazillen bot.

So wird es auch verständlich, daß K. gleich nach dem Unfalle 15 bis 20 Minuten sich an der Verfolgung des Ochsen beteiligen konnte; denn Schmerzen, die ihn daran gehindert hätten, brauchte er von einer derartigen Verletzung gar nicht zu spüren.

2. Der durch den Tritt des Ochsen hervorgerufene Schmerz verschwand bald, so daß K. seine gewohnte Arbeit wieder aufnahm. Erst im Laufe der dem Unfalle folgenden sieben Wochen hat sich ein leichtes Spannungsgefühl in der rechten Kreuz- und Hüftgegend gezeigt, das Mitte September 1906 schmerzhaft wurde, so daß K. aufhörte zu arbeiten.

Wir wissen, daß eine beginnende Wirbeltuberkulose lange Zeit ganz unbestimmte Erscheinungen machen kann; die ersten Schmerzen treten noch lange nicht immer an dem geschädigten Wirbel auf. Wiener (1897) berichtet z. B. über zwei Fälle, in denen die ersten Schmerzen einmal in der linken Leistengegend, das zweite Mal im Rücken und im linken Knie auftraten. Das Spannungsgefühl in der rechten Kreuz- und Hüftgegend ist bei K. sicher das erste Zeichen der beginnenden Wirbelerkrankung gewesen, denn es hat sich — ohne daß ein neuer Unfall stattgefunden hätte — langsam bis zur Schmerzhaftigkeit, die anfangs nur beim Bücken, später beständig auftrat, gesteigert.

3. Im Oktober 1906 hat K. sich in ärztliche Behandlung begeben. Wir haben schon darauf hingewiesen, daß über den Krankheitsverlauf bis September 1907 eine brauchbare ärztliche Aeußerung fehlt, und daß das Gutachten von Dr. J. zweifellos den Zustand vom 4. September 1907, nicht, wie das Schiedsgericht (dessen Akten Blatt 13/14) angenommen hat, vom Oktober 1906 darstellt. Dieser Irrtum hat wohl auch zur Verneinung des ursächlichen Zusammenhanges durch Dr. K. geführt. Denn, wenn schon im Oktober 1906, d. h. drei Monate nach dem Unfalle, der Zustand K.s so vorgeschritten gewesen wäre, wie ihn das J.sche Gutachten vom 4. September 1907 schildert, dann wäre allerdings die Zeit von drei Monaten zu kurz gewesen, um die Erkrankung unmittelbar auf den Unfall als Ursache zurückführen zu können.

Damit kommen wir zu der Frage, ob die zeitliche Aufeinanderfolge der Krankheitserscheinungen im vorliegenden Falle die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges rechtfertigt.

Nach Thiem (1898) wird die tuberkulöse Erkrankung häufig schon nach acht bis zehn Wochen nach dem Unfalle deutlich; Becker (1907) fordert „wenige Wochen bis höchstens ein Jahr". Pietrzikowski (1903), der eine umfassende Arbeit über die diesbezüglichen Fragen veröffentlicht hat, fand, daß zehn Wochen bis ein Jahr vergingen, ehe „die Diagnose einer tuberkulösen Erkrankung sichergestellt oder vermutet, später aber manifest wurde".

Die ersten Beschwerden sind bei K. sieben Wochen nach dem Unfall aufgetreten; sie wurden aber erst elf Wochen nach dem Unfalle so, daß K. sich in ärztliche Behandlung begab. Dr. J. konnte im Oktober 1906 noch nicht die genaue Diagnose stellen. Erst fast ein Jahr nach dem Unfalle vermutete Dr. R. in A. eine tuberkulöse Erkrankung, die er aber fälschlicherweise auf das rechte Hüftgelenk bezog.

Die genaue Diagnose wurde erst im November 1907, also 16 Monate nach dem Unfalle, gestellt. Wir bezweifeln jedoch nicht, daß die Art der Krankheit sich schon früher — etwa Mitte 1907 — bei genauer Untersuchung, u. a. mit Röntgenstrahlen, hätte feststellen lassen. Doch wurde keiner der Untersucher unmittelbar auf die Wirbelsäule aufmerksam, weil — wie oft in solchen Fällen — eine Formveränderung derselben nicht vorlag und weil vor allem keine örtlichen Schmerzen auf die Wirbelsäule als den erkrankten Körperteil hinwiesen.

4. Die Erkrankung des K. bietet das gewöhnliche Bild einer Lendenwirbeltuberkulose. Dieses Leiden entwickelt sich meist langsam und kann der Diagnose große Schwierigkeiten machen. So wurde im vorliegenden Falle die zunächst auffälligste Erscheinung, die Gehstörung mit allmählich auftretender Spannungsbeuge (Flexionskontraktur) im Hüftgelenk, als Zeichen einer Hüftgelenkentzündung gedeutet, bis sich — das geschieht nach Henle (1907) in 24 v. H. aller Fälle von Wirbeltuberkulose — Senkungseiterungen nachweisen ließen. Tatsächlich tritt bei Hüftgelenkentzündung gewöhnlich eine derartige Spannungsbeuge ebenfalls auf; jedoch bei K. ist seinerzeit durch Röntgenaufnahmen in Bonn nachgewiesen worden, daß beide Hüftgelenke vollkommen gesund waren.

5. K. ist am 20. April 1908 infolge einer tuberkulösen Gehirnhautentzündung gestorben. Diese Erkrankung wird sehr häufig als Enderscheinung schon bestehender tuberkulöser Prozesse beobachtet und führt wohl ausnahmslos

zum Tode. Sie ist mit Sicherheit als unmittelbare, nicht vermeidbare Folge einer im Körper bereits vorhandenen tuberkulösen Erkrankung — mag das nun Hüftgelenk-, Lungen- oder Wirbeltuberkulose sein — anzusprechen.

6. Noch ein Punkt soll kurz besprochen werden: K. war bis zum Tage des Unfalls vollkommen gesund und arbeitsfähig. Hätte die Wirbelerkrankung schon zur Zeit des Unfalls unbemerkt bestanden, so wäre durch die Verletzung lediglich eine Verschlimmerung des Zustandes eingetreten; dann hätten sich aber höchstwahrscheinlich auch eher die schweren Erscheinungen der Senkungseiterung eingestellt.

Es konnte sich fernerhin um eine an der Stelle der später nachgewiesenen Erkrankung schlummernde Tuberkulose handeln; dann wäre sie erst durch den Unfall zum Ausbruche gekommen. Oder: durch den Unfall wäre ein Ort verminderter Widerstandsfähigkeit geschaffen worden, an dem sich die in einem anderen Organe schlummernden Tuberkelbazillen entwickeln konnte.

Der erste Fall ist unseres Erachtens auszuschließen. Das Vorliegen der zweiten Möglichkeit ist nicht von der Hand zu weisen, würde aber keinen Einfluß auf die rechtliche Entscheidung haben, da ein Mensch mit schlummernder (latenter) Tuberkulose im Sinne der Unfallgesetzgebung als gesund gilt.

Ergebnisse. 1. K. war bis zum Tage des Unfalls vollkommen gesund und arbeitsfähig.

2. Der Unfall (Sturz in den Graben) war unseres Erachtens schwer genug, um eine — wenn auch leichte — Verletzung der Lendenwirbelsäule, wie oben beschrieben, zu setzen.

3. Nach dem Verlaufe der Krankheit des Verletzten unterliegt es für uns keinem Zweifel, daß es sich vom Tage des Unfalls bis zum Tode des K. um Aeußerungen ein und derselben Erkrankung gehandelt hat. Nach einem nach dem Unfall auftretenden kurzen schmerzfreien Zwischenraume traten langsam, aber stetig zunehmende Beschwerden auf, bis das ganze schwere Krankheitsbild einer Lendenwirkeltuberkulose mit doppelseitigen Senkungseiterungen ausgeprägt war. Der Krankheitsverlauf vom 25. Juni 1906 bis zum 20. April 1908 bietet ein durchaus einheitliches Bild.

4. Die Erkrankung ist auf den Unfall als Ursache zurückzuführen.

5. K. war von Mitte September 1906, vom Auftreten der ersten stärkeren Beschwerden an, völlig arbeitsunfähig in seinem Beruf als Ackergehilfe, da — bei einer eventuellen Sicherstellung der Diagnose schon damals — von vornherein strengste Bettruhe hätte beobachtet werden müssen.

Gutachten. Auf Grund unserer Ausführungen geben wir unter Beantwortung der uns vorgelegten Fragen unser Gutachten dahin ab, daß

1. ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Erkrankung als bestehend angenommen werden muß; daß
2. der Verstorbene in seinem Beruf als Ackergehilfe von Mitte September 1906 an bis zu seinem Tode völlig erwerbsunfähig war."

Auf Grund des vorstehenden Obergutachtens, das dem Reichs-Versicherungsamte völlig überzeugend erschienen ist, hat dieses als Rekursgericht die den Anspruch des Klägers bzw. seiner Erben abweisenden Vorentscheidungen aufgehoben und den Erben die Vollrente zuerkannt.

Glatter Verlust des rechten Kleinfigers bedingt nach vollkommener Anpassung keine abmeßbare Erwerbsbeeinträchtigung. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. Oktober 1911. Kompaß; 1912, Nr. 2.

Das R.-V.-A. ist zu der Ueberzeugung gelangt, daß die Folgen des Unfalls vom 13. Oktober 1893 die Erwerbsfähigkeit des Verletzten nicht mehr meßbar beeinträchtigen können. Denn es handelt sich nur noch um den glatten Verlust des rechten Zeigefingers, und es kann keinem Bedenken unterliegen, daß der Verletzte sich schon lange an diesen kleinen Defekt vollständig gewöhnt hat. Wenn auch schon im Jahre 1895 Gewöhnung vorhanden gewesen sein mag, so ist diese jetzt 15 Jahre später noch vollkommener geworden, derart, daß jetzt auch nicht mehr die damals angemessene Teilrente von 10% weitergewährt werden darf.

B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Gewerbehygiene.

Gesundheitsgefährdung durch die Auspuffgase der Automobile. Von Dr. med. Arthur Korff-Petersen. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 69, H. 1.

K.-P. hat die Auspuffgase von Automobilen analysiert und gefunden, daß sie im Mittel 85 % Stickstoff, 4,9 % Kohlensäure, 5,3 % Sauerstoff und 3,7 % Kohlenoxyd enthalten. Dazu kommen noch neben geringen Mengen von Methan, Wasserstoff und schweren Kohlenwasserstoffen, Stoffe von adehydischem Charakter, die in erster Linie den unangenehmen Geruch der Auspuffgase bedingen. Die ohne weiteres einleuchtende erhebliche Giftigkeit dieser Gase wurde durch Versuche an Mäusen und Meerschweinchen untersucht. Auch im Freien können durch diese Gase bei stärkerer Anhäufung in der Luft bei Menschen nicht unbedenkliche Vergiftungserscheinungen hervorgerufen werden, wie mannigfache Beobachtungen in den großen Städten lehren. Neben dem Kohlenoxyd sind es besonders die Geruchstoffe und unter diesen das Akrolin, die hygienisch recht bedenklich sind. Verfasser fordert schließlich ein entschiedenes Vorgehen der Behörden durch zielbewußte Beaufsichtigung des Verkehrs, die bald dahin führen würde, daß die Führer der Wagen sorgfältig auf ihre Motore achten und so einen sehr erheblichen Teil der Schädlichkeiten, die durch Nachlässigkeit und mangelnde Pflege entstehen, vermeiden lernen. In anderen Ländern soll trotz fast wörtlicher Uebereinstimmung der Vorschriften eine derartige Belästigung des Publikums wie in Deutschland nicht stattfinden

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Der Nystagmus der Bergleute. Von Dr. E. Freund-Karbitz. Prager med. Wochenschrift; 1911, Nr. 21.

Verfasser hat im Karbitzer Revier Untersuchungen vorgenommen, auf Grund deren er die Angaben von Nieden in Bochum bestätigen konnte. Vom Nystagmus befallen wurden nur die Hauer, und zwar von diesen ungefähr 5 %. Neben der eigenartigen Arbeit, wobei die Augen angestrengt nach oben blicken müssen, spielt ätiologisch die Beleuchtung eine große Rolle. Arbeiter, die mit Sicherheitslampen von sehr geringer Leuchtstrahle arbeiten müssen, werden viel häufiger davon befallen, wie die, die offene Rüböl- oder Azetylenlampen verwenden. Es wurde sogar beobachtet, daß Leute, die schon Nystagmus akquiriert hatten, in leichteren Fällen das Leiden völlig verloren, wenn sie in Zukunft offenes Licht benutzten. Ebenso hatten die schon davon Befallenen bei der Verwendung speziell von Azetylenlampen bedeutend weniger Beschwerden. Durch diesen Beleuchtungswechsel oder durch längere Unterbrechung der Arbeit gelingt es meistens, den Nystagmus zu beseitigen. Dagegen rufen akute Infektionskrankheiten, Anginen, schwere Blutverluste, Magen- und Darmkatarrhe, Erkrankungen und Verletzungen der Augen, körperliche Ueberanstrengung und seelische Erregungen heftige Verschlimmerungen hervor.

Rpd. jun.

---

2. Säuglingsfürsorge.

Ueber die maßgebende Rolle der Salze der Frauenmilch bei der Ernährung im Säuglings- und ersten Kindesalter. Von Dr. Hans Friedenthal, Privatdozent für Physiologie an der Universität Berlin; Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 45.

Die Tatsache, daß mit Ausnahme der ersten Monate nach der Geburt die ganze Kulturmenschheit heute schon so gut wie ausschließlich auf künstliche Ernährung im Säuglingsalter angewiesen ist, läßt die Sorge um einen vollwertigen Ersatz der Mutterbrusternährung durch eine zweckmäßig gestaltete künstliche Ernährung unserer Säuglinge und kleinen Kinder als sehr wichtig und dringend erscheinen. Dem allerwichtigsten Punkt einer Säulingsnahrung, nämlich der Salzmischung in der Nahrung, hat man bisher allzuwenig Aufmerksamkeit geschenkt.

Verf. geht dann auf den Salzgehalt bezw. auf die chemische Zusammensetzung der verschiedenen Milcharten näher ein und hebt dabei hervor, daß glücklicherweise die Kuhmilch in bezug auf wichtige Punkte der Salzzusammen-

setzung der Menschenmilch am nächsten kommt. Für die Praxis ist aber besonders wichtig die Tatsache, daß es auf keine Art und Weise möglich ist, durch Verdünnung von Kuhmilchmolke zu den Salzverhältnissen der Frauenmilchmolke zu gelangen. Nur durch Zusatz fehlender Elemente kann die Differenz beseitigt werden. Man muß also die Salzmischung der Säuglingsnahrung der Salzzusammensetzung der Frauenmilch annähern, selbstverständlich wo es nur angeht unter Ausgleich aller übrigen chemischen Unterschiede von der mittleren Zusammensetzung der Frauenmilch.

Setzt man die Salze der Frauenmilch — die Salze der Frauenmilch nach den neuesten Analysen sind unter dem Namen Laktoserol zu erhalten bei Dr. Laboschin, Berlin NW., Dortmunderstr. 12, oder durch die Apotheken zu beziehen — zu Kuhmilchverdünnungen in passenden Mengen, so nähert man die Salzmischung des Nährgemenges der Salzmischung der Frauenmilchmolke, wobei es mehr auf die Relationen der einzelnen Salze ankommt als auf die absoluten Salzmengen, die ohne Gefahr etwas größer sein dürfen als bei der Muttermilchernährung. Der Zustand der Eiweißkörper in der Kuhmilch wird durch den Zusatz der Frauenmilchsalze so verändert, daß sie dem Verdauungskanal des menschlichen Säuglings angepaßter und bekömmlicher erscheinen. Man muß aber die Salze der Frauenmilch den Kindern nicht nur in den ersten Monaten nach der Geburt für die Zeit der absoluten Milchernährung, sondern für die ganze Dauer der physiologischen Säugezeit von 3 Jahren verabreichen.

Verf. schließt seine interessanten Abhandlungen mit der Hoffnung, daß die Darreichung der Salze der Frauenmilch in den ersten Lebensjahren des Kindes sich als wirkungsvoll erweisen wird, ein Geschlecht mit gesunden Knochenwa hstum und Gesamtwachstum aufziehen zu helfen.

Dr. Waibel-Kempten.

Die Brustdrüsensekretion des Kindes als Maßstab der Stillfähigkeit der Mutter. Von Dr. K. Basch. Aus der Pädiatrischen Klinik des Kaiser-Franz-Joseph-Kinderspitals in Prag. Münchener medizinische Wochenschrift; **1911, Nr. 43.**

Längst bekannt ist die Tatsache, daß das neugeborene Kind in den ersten Lebenswochen, ebenso wie die Mutter nach der Geburt in seinen Brustdrüsen Milch absondert. Knöpfelmacher hat es zuerst ausgesprochen, daß die Milchdrüsensekretion beim Neugeborenen als ein physiologischer Prozeß angesehen werden muß und daß ein und derselbe Reiz, der die Brustdrüse der Mutter zur Entwicklung bringt, auch in der Mammaanlage des Fötus dieselbe Reaktion erzeugt. Erst dem Verf. gelang es jedoch durch verschiedene Tierversuche nachzuweisen, daß die Auslösung der Milchabsonderung durch Reizkörper erfolgt, die aus der reifen Plazenta dargestellt werden können, und daß die Hyperplasie der Milchdrüse in der Schwangerschaft durch Reizkörper angeregt wird, die im befruchteten Ovarium zur Entwicklung kommen. Weitere Versuche zwangen zu der Annahme, daß qualitativ gleiche Reizkörper sowohl bei der Mutter, als, nach Uebertragung vom mütterlichen Organismus auf das Kind, auch beim Kinde die Milchabsonderung auslösen. Nach diesem Ergebnisse lag es nahe, zu prüfen, ob nicht nur in qualitativer Hinsicht, sondern auch in quantitativer Beziehung ein Parallelismus in der physiologischen Reaktion der kindlichen und mütterlichen Brustdrüse besteht. Vergleicht man nun in einer größeren Reihe von Fällen in der ersten Zeit nach der Geburt die in der Brustdrüse vorfindliche Milchmenge mit der Milchsekretion der Mutter, so läßt sich im allgemeinen ein Parallelismus nach der Richtung feststellen, daß bei reichlich sezernierender kindlicher Brust meist auch eine kräftige Tätigkeit des mütterlichen Milchapparates vorzuliegen pflegt. Je kräftiger die Milchabsonderung beim Kind in den ersten Lebenswochen entwickelt war, desto länger lassen sich auch später Spuren derselben nachweisen, so daß man oft noch im 3. und 4. Monate deutlichen Zeichen von Milchabsonderung begegnet.

Verf. versuchte auch bei älteren Säuglingen, jenseits der ersten Lebenswochen, aus dem Grade der vorhandenen Reaktion oder aus dem Fehlen solcher reaktiver Zeichen auf die Beschaffenheit des mütterlichen Milchapparates zurück-

zuschließen. Dabei hat sich in beiläufig 100 darauf geprüften Fällen ergeben, daß auch hier im allgemeinen die reaktiven Zeichen beim Kinde mehr nach der positiven Seite hin zu verwerten sind, indem dort, wo eine besonders intensive oder langdauernde Reaktion an der kindlichen Brustdrüse anzutreffen ist, meist auch eine ergiebige Absonderung des mütterlichen Milchapparates vorliegt.

Aus der schwachen oder fehlenden Reaktion beim Kinde läßt sich aber nicht mit gleicher Sicherheit die Unfähigkeit der Mutter zum Stillgeschäft erschließen. Dr. Waibel-Kempten.

Die Säuglingssterblichkeit in den Provinzen, Regierungsbezirken und Kreisen des preußischen Staates. Von Dr. Behla. Aus dem Kgl. Preuß. statistischen Landesamt. Berliner klinische Wochenschrift; 1911, Nr. 37.

In den Jahren von 1907 bis 1908 ist die Säuglingssterblichkeit in Preußen von 185 Todesfällen pro 1000 Lebendgeborenen auf 173 gesunken. Das Jahr 1910 hat einen weiteren Abfall auf 157 gebracht. Am günstigsten steht Hessen-Nassau mit nur 101 Todesfällen da; dem folgen Hannover, Westfalen, Rheinprovinz, Schleswig-Holstein und der Landespolizeibezirk Berlin, die sich sämtlich unter dem Staatsdurchschnitt halten; darüber stehen die übrigen Provinzen, am ungünstigten Ostpreußen, Brandenburg, Schlesien, Pommern und schließlich Westpreußen mit 201 Fällen, also der doppelten Anzahl von Hessen-Nassau. Das gleiche Bild hoher Sterbeziffern im Osten, niederer im Westen zeigt ein Vergleich der Regierungsbezirke. Das Tempo, in dem die Sterblichkeit in den einzelnen Bezirken und Kreisen abgenommen hat, ist äußerst verschieden. In Sachsen und Hohenzollern z. B. beträgt der Unterschied zwischen 1910 und 1909 48 Todesfälle, im Landespolizeibezirk Berlin 47, in der Rheinprovinz, Schlesien, Brandenburg und Westfalen über 30. Im Osten dagegen ist vielfach nur ein geringer Durchschnitt zu verspüren; in Ost- und Westpreußen ist die Säuglingssterblichkeit sogar gestiegen. Behla weist mit Recht darauf hin, daß die Statistik auf geographische Grundlage uns wertvolle Einblicke in den Ursachen der Säulingssterblichkeit verschafft, zu weiteren eingehenden örtlichen Studien anregt und anderseits auch den Beweis liefert, daß mit einer systematischen Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit beachtenswerte Erfolge erzielt werden können. Dr. Meinicke-Hagen i. W.

Ein Beitrag zur Kenntnis des Einflusses der Hitze auf die Säuglinge. Von Prof. Dr. Langstein und Dr. Rott. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1911, Nr. 11.

Auf Grund ihrer Erfahrungen während der großen diesjährigen Hitzeperiode im Kaiserin Auguste-Viktoria-Hause kamen die Verfasser zu folgendem Schlusse:

1. Sorgsame Pflege läßt bei gesunden Kindern eine Schädigung durch Hitze nicht aufkommen.
2. Auch unter den erkrankten Kindern war keine durch die große Hitze erklärbare Störung zu sehen.
3. Sicherlich ist die sorglose Dosierung des Zuckers im Volke mit schuld an der häufigen Entstehung akuter Störungen.
4. Bei den krank eingelieferten Kindern handelte es sich nur um Flaschenkinder mit Magendarmstörungen, nicht um Fälle von reinem Hitzschlag.
5. In der heißen Zeit sollte man nicht zu lange in der Außenpflege herumprobieren, sondern die Kinder bald in eine Anstalt überführen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Sommersterblichkeit der Säuglinge, ein Wohnungsproblem. Von Dr. Hans Rietschel-Dresden. Deutsche med. Wochenschrift; 1911, Nr. 40.

Verfasser kommt auf Grund seiner Untersuchungen in Wohnungen und seiner klinischen Beobachtungen zu dem Schlusse, daß die statistisch festgestellte, enorm vermehrte Säuglingssterblichkeit im Sommer in letzter Linie direkt abhängig ist von der Temperatur, und zwar von der Wohnungstemperatur, die besonders in den unhygienischen Proletarierwohnungen zum Teil ganz ungewöhnliche Grade erreicht. Diese erhöhte Wohnungstemperatur schafft dann allerdings sekundär eine Unmenge von weiteren Schädigungen für den Säugling,

sie ist aber das primäre, und insofern ist die Sommersterblichkeit der Säuglinge ein sozialhygienisches Problem, speziell ein Wohnungsproblem.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Säuglingsfürsorge und Wohnungsfrage. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1911, Nr. 19.

Aus einem Referat von Prof. Dr. Siegert-Cöln werden folgende Sätze gebracht:

Die durch übertriebene Mieten bedingte Wohnungsnot der Großstädte mit ihren anerkannten Schäden für die Gesundheit an Leib und Seele fördert in hohem Maße die große Säuglingssterblichkeit; denn sie

1. zwingt zahllose Mütter zur Arbeit außerhalb des Hauses, zum Verlassen des Kindes, zu dessen unnatürlicher Ernährung;
2. untergräbt die Moral der Jugend und erzeugt die Vorbedingungen zur Häufung unehelicher Geburten;
3. treibt die Mädchen schon mit 14 Jahren in die Fabrikarbeit und aus der Arbeit im Haushalte der Eltern;
4. bedingt die Zersetzung der vorher bei Befolgung der einfachsten Sauberkeit durchaus in gutem Zustand zu erlangenden Milch im Hause des Zwischenhändlers und Konsumenten;
5. verursacht das massenweise Sterben der Säuglinge durch Wärmestauung und Hitzschlag im heißen Sommer.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Einige Bemerkungen über das Verhältnis der Säuglingsfürsorge zu der Tuberkulose-, Krüppel- und Wohnungsfürsorge. Von Reg.-Rat Pistor-Darmstadt. Mutter und Kind; 1911, Nr. 6.

1. Eine falsche Ernährung und Pflege des Kindes im Säuglingsalter schwächt die Widerstandskraft des kindlichen Organismus gegen drohende Infektionen und fördert neben andern Schäden (Rachitis u. a.) auch die Tuberkulose im Kindesalter, die nach neueren Forschungen eine der Hauptursachen der Lungenschwindsucht Erwachsener ist. Die Säuglingsfürsorge steht daher in enger Beziehung zur Tuberkulosefürsorge und der Prophylaxe der Tuberkulose, die ohne eine geordnete Säuglingsfürsorge unvollständig ist.

2. Wie dem Kampf gegen die Tuberkulose, so kommt der Schutz von Mutter und Kind auch der Krüppelfürsorge zugute. Auch die Verkrüppelung hängt oft mit den im ersten Lebensjahr erworbenen Schäden zusammen.

3. Wie die Wohnungsfrage mit der Tuberkulose-Bekämpfung zusammenhängt und auch in der Krüppelfürsorge eine Rolle spielt, so ist sie auch im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit von Bedeutung. Ungünstige Wohnungsverhältnisse bedrohen Gesundheit und Leben des Säuglings. Der Mangel an Luft und Sonne in den unzulänglichen Wohnungen Minderbemittelter und deren Überfüllung sind mit ein Hauptgrund der Kindersterblichkeit und der sie begleitenden Schäden.

4. Das Bedürfnis einer engen Fühlung der Säuglingsfürsorge mit sonstigen, das Wohl von Mutter und Kind berührenden Einrichtungen, insbesondere mit städtischen Pflege- und Fürsorgeäumtern, Rechtsschutzstellen und der Armenverwaltung ergibt sich mit fortschreitender Organisation von selbst.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Fortschritte in der Organisation der Säuglingsfürsorge und Mutterberatung. Von Stadtrat G. Samter-Charlottenburg. Hygiene; 1911, Nr. 9.

Der Verf. schildert die Fortschritte auf diesem Gebiete, im Vordergrund stehen die beiden Aufgaben: 1) die große Zahl gesunder Kinder gesund zu erhalten, also Prophylaxe, 2) Heranziehung eines widerstandsfähigen Geschlechtes. Zweierlei aber bleibt bei der bisherigen Organisation zu wünschen übrig: Einmal eine enge Verbindung aller an einem Ort bestehenden Fürsorgestellen, damit die Tätigkeit der neu zuständigen Stelle ohne Unterbrechung an die der bisherigen anschließt, sowie eine gegenseitige Ueberweisung von einer Fürsorgestelle an die andere, auch bei Umzügen nach außerhalb, damit bei einem Verzuge — man denke an Umzüge im heißem Sommer — die überwachende und beratende Fürsorge nicht fortzufallen braucht. Das erstere ist an einzelnen

Orten schon durchgeführt: So wird z. B. in Charlottenburg bei einem Umzuge innerhalb der Stadt das Journalblatt sofort der für die neue Wohnung zuständigen Stelle übermittelt. Für die Ueberweisung nach außerhalb aber fehlt bisher jede derartige Organisation, während sie bei den Fürsorgestellen für Lungenkranke beispielsweise in Groß-Berlin bereits durchgeführt ist.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber Vorschläge zur Beseitigung einiger Lücken in der Säuglingsfürsorge. Von Dr. med. C. S. Engel-Berlin. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1911, Nr. 19.

Noch immer ist die Säuglingssterblichkeit in Deutschland höher als in den meisten europäischen Kulturstaaten. Es sind Verbesserungen in den Wohnungsverhältnissen anzustreben, die Aerzte müssen in stärkerem Maße zur Mitarbeit herangezogen; die Nahrung der Kinder (Milch) muß verbessert werden. Es muß eine Milchkontrolle eingeführt und den bedürftigen Müttern eventuell Zuschuß gewährt werden, um einwandfreie Milch kaufen zu können.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Die Aussichten der Säuglingsfürsorge. Von Dr. Martin Hohlfeld, Privatdozent in Leipzig. Deutsche med. Wochenschrift; 1911, Nr. 36.

An der Hand der an den Leipziger Mütterberatungsstellen gemachten Erfahrungen stellt H. fest, daß es gelingt, durch die Tätigkeit der Beratungsstellen in Verbindung mit der Gewährung von Stillprämien eine Herabsetzung der Sterblichkeit bei den vorgestellten Kindern zu erzielen. Durch die Belehrung allein wird ein solcher Erfolg nicht erzielt, da die Beratungsstellen um ihrer selbst willen nur sehr ungenügend in Anspruch genommen werden. Nur durch geschickte Vereinigung von Belehrung und Prämien lassen sich sichtbare Erfolge erzielen.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Die städtische Säuglingsfürsorge in Schöneberg. Oberleitung: Stadtrat Sanitätsrat Dr. Rabnow. Von Dr. W. Lissauer. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin. 1911, Nr. 19.

Die verheirateten und die unverheirateten Mütter sollen zum Stillen der Kinder angehalten werden. Haltefrauen müssen die Kostkinder alle vier Wochen dem Arzte vorstellen; ebenso sollen auch Säuglinge, die von der Armendirektion in Pflege gegeben werden, alle vier Wochen vorgestellt werden. Die Mütter sollen event. unterstützt werden, sei es in bar, sei es in Naturalien, um das Stillen möglichst lange durchsetzen zu können. Aus gleichen Gründen soll ihnen, damit sie nicht auf das Mitverdienen angewiesen sind, womöglich eine Arbeit beschafft werden, die das Stillen ermöglicht. Jede Mutter, die länger als sieben Monate stillt, erhält das Geld, was ihr sonst als Unterstützung ausgezahlt würde, auf ein Sparkassenbuch eingetragen, das gesperrt und der Frau erst ausgehändigt wird, wenn das Kind das zweite Lebensjahr vollendet hat.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Die öffentliche Säuglingsfürsorge in Hamburg. Von Dr. J. Petersen. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1911, Nr. 5.

Die öffentliche Säuglingsfürsorge bezieht sich auf:

1. die armenrechtlich hilfsbedürftigen, in Waisenpflege befindlichen Säuglinge,
2. die in Gefahr körperlicher Verwahrlosung stehenden Säuglinge,
3. die unehelich geborenen Säuglinge,
   a. als Mündel der gesetzlichen Berufsvormundschaft, dazu gehören fast alle seit dem 1. März 1910 unehelich geborenen Säuglinge,
   b. als Bevormundete unter Aufsicht des Gemeindewaisenrats (alle unehelichen Kinder ohne Ausnahme),
   c) als Privatkostkinder,
4. die bei Fremden untergebrachten, im Säuglingsalter stehenden ehelichen oder unehelichen Kostkinder.

Dr. Wolf-Witzenhausen.



Ammenvermittlung, Säuglingsfürsorge und Syphilis. Von Prof. Dr. A. Schlossmann. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1911, Nr. 5.

Nur die Lues ist gefährlich, die nicht diagnostiziert wird. Man kann bei dem Grundsatz bleiben, daß man unbeschadet des Alters die Entscheidung, ob das Kind an der Brust einer Frau trinken darf oder nicht, täglich neu zu fällen hat, daß man also daraufhin die Kinder täglich zu untersuchen hat, ob sie luesverdächtig sind oder nicht. Da wo der geringste Verdacht, da wo eine Erosion oder irgend ein noch so harmloses Symptom vorliegt, was auch nur eine Luesdeutung zuläßt, da werden wir das direkte Anlegen aussetzen, bis unsere Beobachtungen Sicherheit nach der einen oder anderen Seite ergeben. Wo aber nichts derartiges vorliegt, können wir getrost, gestützt auf unsere ärztlichen Kenntnisse, das direkte Anlegen verantworten. Kein Gesetz, aber Beobachtung des Individuums gelten als Richtschnur.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Schlußbemerkung zu dem Aufsatz: Ammenvermittlung, Säuglingsfürsorge und Syphilis. Von H. Rietschel. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1911, Nr. 6.

Die Frage der Ammenvermittlung ist nicht leicht zu lösen; ferner schätzt der Verf. die Gefahr der Uebertragung der Syphilis in geschlossenen Anstalten größer ein und hält daher die Festsetzung einer Frist für unbedingt erforderlich (6—8 Wochen). Die Gefahr der Infektion mit Lues in der Außenpflege wird allgemein zugegeben.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Zehn Jahre Berliner Säuglingskostpflege. Von Dr. L. Mendelsohn. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1911, H. 5—6.

Das System der Säuglingsfürsorge, das sich im ganzen an das von Taube dargestellte „Leipziger System“ anlehnt, ist in seinen Grundzügen bis heute unverändert geblieben. Die so geregelte Beaufsichtigung der Waisenkostkinder begann am 1. Dezem 1898. Sie wurde zunächst von acht Armenärzten ausgeführt, unter denen die gesamten Medizinalbezirke der Stadt zu acht, je einen möglichst zusammenhängenden Komplex darstellenden Säuglingsarztbezirken verteilt wurden. Die Durchschnittszahl der von einer Helferin zu beaufsichtigenden Kinder beträgt 30 bis 40. Es gibt 631 Säuglingspflegestellen; 1908 waren 1308 Kostkinder vorhanden.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Organisation der Untersuchung nach den Ursachen der Säuglingssterblichkeit unter Berücksichtigung der Ernährungsweise und der sozialen Verhältnisse der in 1908 im Haag und Scheveningen geborenen Kinder. Von Dr. van Wely-Haag. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1911, Nr. 7.

Nicht nur die Ernährungsweise, sondern auch die Krankheiten, an denen die Kinder leiden oder gelitten haben, die soziale Umgebung, die Pflege, der Wohlstand der Eltern müssen erforscht werden, da dies Faktoren sind, die einen bedeutenden Einfluß ausüben können. Ferner kam die dortige Kommission zu dem Entschluß, daß, wollte man wirklich Resultate von der Untersuchung erzielen, alle in einem Jahre geborene Kinder auch ein Jahr lang von Schritt zu Schritt beobachtet werden. Zu diesem Zweck wurden der Haag und Scheveningen in 14 Bezirke eingeteilt und die Größe der Bezirke so geordnet, daß in jedem Bezirk ungefähr 200 Kinder geboren wurden. Die Besucherinnen wurden unter die 14 Kommissionsmitglieder verteilt; jede arbeitete in ihrem Bezirk unter Aufsicht des für diesen Bezirk angewiesenen Mitgliedes. Monatlich empfing jedes Kommissionsmitglied von dem Sekretär die Fragebogen der in seinem Bezirk geborenen Kinder, welche von ihm seinen Besucherinnen ausgehändigt wurden, die verpflichtet waren, spätestens innerhalb zwei Wochen diese Kinder zu besuchen. Hierauf wurden diese Kinder in Abständen von höchstens zwei Monaten regelmäßig besucht, im Sommer womöglich monatlich. In der ersten Zeit tagten die meisten Kommissionsmitglieder und ihre Besucherinnen jeden Monat, um sie von dem Stand der Untersuchung genau zu unterrichten. Im Falle des Todes eines Kindes wurde die Familie zum letzten Male, möglichst bald, besucht, um zu untersuchen, unter welchen Umständen das Kind gestorben war und alles nach ihrer Meinung Wissenswerte aufzuzeichnen. Nach

mancherlei Untersuchungen und Besprechungen ist schließlich der am Schlusse der Abhandlung beigefügte Fragebogen festgesetzt worden. Die Untersuchungen erstreckte sich über 6989 Kinder. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Erfolge der Säuglingsfürsorge in Freiburg i. Br. Von Dr. J. Ehrler-Freiburg. Konkordia; 1911, Nr. 20.

In erster Linie ist hierbei die Gewährung von Stillprämien zur Förderung des Selbstillens zu erwähnen. Seit 1906 erhalten bedürftige Mütter (verheiratete und ledige), die ihrem festen Wohnsitz in Freiburg haben und ihre Kinder unter Ausschluß anderweiter Nahrung selbst stillen, bis zur Höchstdauer von 2½ Monaten aus Mitteln der Stadtkasse und Stiftungen eine Geldbeihilfe von 6 M. für je 14 Tage. Die Bedürftigkeitsgrenze ist auf ein Tageseinkommen der Familie von 3 M. beim Vorhandensein eines Kindes und je 50 Pf. mehr für jedes weitere Kind festgesetzt. Besondere Verhältnisse (Krankheit, Arbeitslosigkeit, Unglück in der Familie usw.) werden im Einzelfache jeweils gebührend berücksichtigt. Die erstmalige Bestätigung des Stillens erfolgt durch den behandelnden Arzt oder die Hebamme. Die Feststellung der Bedürftigkeit besorgt eine Beamtin und die Kontrolle des Stillens der Stadtarzt, bei dem sich die Mütter jeweils vor Abholung der Prämie einzufinden haben. Die Einrichtung hat sich durchaus bewährt; denn die Säuglingssterblichkeit hat seitdem nicht unerheblich abgenommen. Es haben dazu aber ferner noch beigetragen: 1. die Unterbringung der durch den Armenrat zu versorgende Säuglinge bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres (meist 1¼ Jahre) in private Einzelpflege statt in Anstalts-(Massen)pflege, wodurch die Sterblichkeit dieser armen Geschöpfe auf das normale Maß zurückgeführt wurde; 2. die vertragliche Verpflichtung der Pflegemütter die ihnen vom Armenrat überwiesenen Kinder jeden Monat mindestens einmal dem von dieser Behörde bestellten Ziehkinderarzt im Hilda-Hospital vorzustellen; 3. die Vornahme einer regelmäßigen häuslichen Kontrolle der Pflegemütter durch Damen des Luisen-Frauenvereins wöchentlich einmal, die städtische Armenkontrolleurin und die staatliche Polizeipflegerin vierteljährlich einmal. Als ein hervorragendes Mittel zur Bekämpfung der Sterblichkeit unter den übrigen, der Armenbehörde nicht unterstellten, gegen Entgelt in Freiburg untergebrachten Pflegekinder, hat sich ferner die von der staatlichen Polizeibehörde mit Zustimmung des Stadtrats angeordnete Verpflichtung der Pflegemütter bewährt, auch diese Kinder der gleichen von der Stadt eingerichteten ärztlichen Fürsorgestelle allmonatlich vorzustellen; diese Kinder werden ebenfalls von den Damen des Luisen-Frauenvereins (alle 8—14 Tage) und der staatlichen Polizeipflegerin, die in der Kinderpflege besonders ausgebildet ist (vierteljährlich einmal) kontrolliert. Charakteristisch für die intensive Säuglingsfürsorge ist, daß die Sterbeziffer bei den unehelichen Kindern relativ viel stärker als bei den ehelichen abgenommen hat. Bei jenem ist sie nämlich von 48,3% im Jahre 1900 auf 26,9% im Jahre 1905 und 12,9% im Jahre 1910, also um über das dreiundeinhalbfache, im Großherzogtume von 33,8% auf 28,4 und 21,9% gesunken, bei den ehelichen aber nur von 20,9% auf 15,4 und 10,6%. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Aufsicht über die Ziehkinder in preuß. Städten mit kgl. Polizei. Von Prof. Dr. A. Keller-Berlin. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1911, Nr. 8.

Die verschiedenen Arten der Aufsicht über gefährdete Kinder die es in Preußen gibt, sind nicht aus den Bedürfnissen und dem Notstand der Kinder herausgewachsen, sondern aus bureaukratischen Erwägungen hervorgegangen; aber nicht diese letzteren, sondern das Schicksal der Kinder darf allein ausschlaggebend sein. Alle gefährdeten Kinder, d. h. alle unehelichen, alle in fremder Pflege befindlichen Kinder, sowie auch die selbst armenunterstützten und die Kinder armenunterstützter Familien gehören unter eine einheitliche Aufsicht, bei der neben der ärztlichen auf die Tätigkeit von besoldeten und fachlich ausgebildeten Pflegerinnen besonderer Wert zu legen ist und mit der die Berufsvormundschaft zu verbinden ist.

Vorbildlich sind außer der Leipziger Mustereinrichtung die kommunalen Bestimmungen in Aachen, Charlottenburg, Köln, Düsseldorf, Magdeburg, weil sie den Kreis der beaufsichtigten Kinder am weitesten ziehen und doch die Aufsicht intensiv ausüben. Die dort gesammelten Erfahrungen werden auch

das zuverlässigste Material für die definitive Regelung des Ziehkinderwesens durch landesgesetzliche, am besten reichsgesetzliche Bestimmungen bilden.

Die pflegerische Aufsicht und die häusliche Ueberwachung kann für die Kinder jenseits des zweiten Lebensjahres ehrenamtlichtätigen Damen übertragen werden, die Kontrolle der Pflegestellen erfolgt gleichfalls durch die besoldete Pflegerin. Die Erlaubnis zur Annahme von Pflegekindern wird von dem städtischen Fürsorgeamt, dem die Ziehkinderaufsicht übertragen wird, nach Rückfrage bei der königlichen Polizei auf Grund ihrer eigenen Recherchen erteilt, verweigert oder entzogen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die sanitäre Ueberwachung der Pflegesäuglinge durch die Berufsvormundschaft in Wien. Von Dr. S. Weiß. Oester. Vierteljahrsschr. f. Gesundheitspflege; 1911, Nr. 3.

Für die gesundheitlich prophylaktischen Maßnahmen in der Kostkinderüberwachung wäre als ein wichtiges Moment zu betrachten:

Die rechtzeitige Anmeldung aller zur Aufsicht gehörigen Säuglinge. Dies kann dadurch geschehen, daß die Standesämter alle bei ihnen angemeldeten Geburten spätestens am Tage nach der Anmeldung bei der städtischen Berufsvormundschaft anzeigen. Zweitens kommen für diese Frage in Betracht die Entbindungsanstalten, welche die entlassenen Mütter unverzüglich der städtischen Berufsvormundschaft bekanntzugeben haben. Drittens müssen sämtliche von auswärts hereingebrachten Pflegesäuglinge durch die Polizei an die Berufsvormundschaft gemeldet werden.

Als eine Maßregel von sicherster Wirkung wäre die Bekanntgabe aller schwangeren Frauen durchzuführen, die in der künftigen Sozialversicherung im Genusse einer Schwangerenunterstützung sich befinden.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Das Recht des unehelichen Kindes. Von Dr. R. Meister-Frankfurt a. M. Zeitschrift für Säuglingsschutz. 1911.

Der Verfasser gibt einen geschichtlichen Ueberblick und bespricht die Verhältnisse in den einzelnen Ländern. Die Kenntnis der einzelnen Normen des fremden Rechts und des Verfahrens vor den Behörden werden in der Regel unbekannt sein, ebenso wie die gemeinnützigen Vereine und Wohltätigkeitsanstalten, an die man sich wenden könnte. Die Sammlung solcher Erfahrungen, die der einzelne für sich allein nicht erlangen kann und die Unterstützung des deutschen und nicht deutschen Vormunds bei der Rechtsverfolgung im Auslande war der Gedanke bei der Gründung des Archivs deutscher Berufsvormünder in Frankfurt a. M., das wohl der erste Versuch ist, die internationalen Beziehungen mit ausländischen Vereinen und Behörden zu gegenseitiger Hilfeleistung auf diesem Gebiete zu fördern. Dr. Wolf-Witzenhausen.

3. Gefängnishygiene.

Aerztliche Untersuchungen an Kaisheimer Strafgefangenen. Von Dr. Theodor Viernstein, k. Hausarzt beim Zuchthause Kaisheim. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 44 und 45.

Verfasser stellte bei den innerhalb von 2½ Jahren zugegangenen 215 Sträflingen eingehende Untersuchungen über die für die ärztliche Betrachtungsweise des Verbrechers wichtigsten Momente an und kam dabei zu folgenden Resultaten:

Dem Lebensalter nach steht die Mehrzahl der Verbrecher im 20. bis 50. Jahre.

Bei den Berufen fällt die geringe Zahl landwirtschaftlicher Dienstknechte (29) auf bei der Tatsache, daß von 215 Sträflingen 189 aus ländlichen Bezirken stammen. Unter den 112 Handwerkern und Gewerbetreibenden findet sich eine erhebliche Anzahl nicht völlig im Berufe ausgebildeter Schiffbrüchiger.

Die Straftat ist in der Ueberzahl ein Eigentumsdelikt. Die Zahl der im jugendlichen Alter von 12 bis 18 Lebensjahren mit dem Gesetz in Widerspruch Geratenen beträgt 118. 55 dieser „Frühkriminellen“ standen im Alter bis zu 15 Jahren, als sie zum ersten Male vor dem Richter kamen.

Was die hereditären Verhältnisse anbelangt, so muß die Tuber-

kulose als eine das Verbrechen begünstigende Krankheit angesehen werden, weil sie mit Vorliebe das arbeits- und erwerbsfähige Alter befällt, die ernährenden Kräfte des Haushalts brachlegt und durch ihre lange Dauer eine wirtschaftliche Katastrophe herbeiführt. Dazu kommt noch bei der Tuberkulose in zahlreichen Fällen die Weitervererbung der Krankheitsanlage und verminderten Leistungsfähigkeit der Nachzucht. Es fanden sich unter den 215 Sträflingen 43mal familiäre Belastung mit Tuberkulose.

Noch weit ungünstiger als Tuberkulose wirkt auf das wirtschaftliche Milieu des häuslichen Verbandes und besonders auf die geistige und körperliche Qualität der jungen Generation der chronische Alkoholismus der Eltern ein. Unter den verwickelten Wechselbeziehungen, in denen der Alkoholismus, die Psychopathie und das Verbrechen zueinander stehen, ragt das Säufertum der Erzeuger als ein Hauptfaktor hervor.

Das Extrem der erblichen Belastung ist jedoch in den Geistes- und Nervenstörungen gegeben, die sich in der Aszendenz der Verbrecher finden. Es beträgt die Zahl der durch das Vorhandensein elterlicher, geschwisterlicher oder blutsverwandtschaftlicher Geistes- oder Nervenkrankheiten Belasteten 62 unter 215 Untersuchten. Rechnet man die alkoholisch und psychisch Belasteten zusammen, so ergibt sich in toto bei den 215 Sträflingen eine geistige Belastung in 87 Fällen = 40,46 %.

Die Art und Schwere der geistig-nervösen Störungen läßt sich aus folgender, kurzer Wiedergabe ersehen:

Geisteskrankheiten im engeren klinischen Sinn fanden sich in 29 Familien. Hiervon betrafen die Eltern der Gefangenen 11, die Geschwister der Gefangenen 5, die übrigen Blutsverwandten väterlicherseits oder mütterlicherseits 13.

Schwachsinnige, epileptische, hysterische, sowie sonstige psychopathische oder nervöse Familienmitglieder fanden sich in 32 Fällen.

Bezüglich der Schul- und Erziehungsverhältnisse ergibt sich nach der seitens des Anstaltslehrers aus den Hauptgebieten des Volks- und Feiertagsschulpensum im Lesen, Schreiben und Rechnen vorgenommenen Prüfung der 215 Sträflinge eine Qualifikation der Gesamtkenntnisse mit Hauptnote I bei 8, II bei 43, III bei 136 und IV bei 22 Mann. 3 Mann waren ohne Schulbildung — Analphabeten —, 3 Mann konnten nicht geprüft werden. Der Anstaltslehrer sucht den Hauptgrund für die mangelhafte Schulbildung in den ungünstigen häuslichen Verhältnissen und in den vielen Schulversäumnissen.

Verfasser hält neben diesen Gründen auch vielfach eine geringe geistige Begabung im Sinne der Imbezillität und Debilität als Ursache der geringen Schulkenntnisse.

Bei 115 Sträflingen stellte Verfasser selbst über Regelmäßigkeit oder Unregelmäßigkeit des Schulbesuches, sowie über die Art der Erziehung Fragen und fand im allgemeinen, daß der Schulbesuch in 98 Fällen der Zeitdauer noch als regelmäßig bezeichnet wurde, und daß bei 58 Untersuchten, mithin in der Hälfte, auch die erziehlichen Einwirkungen zum Beschreiten der kriminellen Laufbahn disponierten.

Hinsichtlich des Alkoholismus gelten für den Verbrecher im allgemeinen folgende Tatsachen:

1. Der chronische Alkoholismus ist bei ihnen eine überaus häufige, wenn auch nicht regelmäßige Erscheinung;

2. viele Verbrechen stehen in einem direkten Folgeverhältnis zum akuten bzw. chronischen Alkoholismus, und zwar zu ersterem vor allem die Affekt-, zu letzterem die Gewohnheitsverbrechen;

3. der Alkohol ist namentlich für das erstmalige Beschreiten des Verbrecherwegs, für die Jugendkriminalität bestimmend.

Unter den 215 Sträflingen nahmen alle, bis auf einen, regelmäßig Alkohol zu sich; 82 von ihnen rechtfertigten durch ihre Angaben die sichere Annahme des chronischen Alkoholismus.

Belangreich erschien dem Verfasser, die Anklageschriften und Urteile in den Personalakten darauf zu prüfen, in wie vielen Fällen dem begangenen Verbrechen akute Trunkenheit unmittelbar vorausging und wie viele auf gewohnheitsmäßigen Alkoholgenuß zurückzuführen waren. Solche Fälle fanden sich

im ganzen 22. Alle diese Fälle würdigen die Frage, ob unmittelbar vor Begehung der Straftat ein erheblicher Alkoholgenuß stattfand. Dagegen sind die Angaben über den bei gewiß nicht wenig Gefangenen bestehenden chronischen Alkoholismus als Triebfeder des verbrecherischen Handelns in den durchsuchten Personalakten zu vermissen.

Verfasser bespricht dann die Untersuchungsbefunde bei den 215 Sträflingen in körperlicher und psychischer Beziehung. In körperlicher Beziehung hebt er zunächst die Gesamtpersönlichkeit, die Konstitution hervor. Er unterscheidet dabei drei Klassen, und zwar als Klasse I: gesunde, kräftig und ebenmäßig gewachsene Männer von gutem Ernährungszustande und ohne Mängel, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, wie z. B. Bruchschäden, Krampfadern pp. Zu Klasse II rechnet Verfasser die mittleren und grazilen, auch kränklichen Individuen, zu Klasse III die ausgesprochenen Kranken, Krüppel und Dürftlinge irgend welcher Art. Sonach hatten Konstitution I: 41 Mann, K. II: 158 Mann und K. III: 16 Mann, wonach die Mittleren und Grazilen mit den ganz Minderwertigen in der Ueberzahl sind. Neben verschiedenen anderen körperlichen Befunden behandelt Verfasser die körperlichen Entartungszeichen (Stigmata degenerationis) etwas ausführlicher und betont, daß diesen Merkmalen einer degenerativen, atavistischen Verfassung früher eine übermäßige Bedeutung beigemessen wurde, während sie nicht für sich allein, sondern höchstens im Zusammentreffen mit anderen Symptomen und Momenten als für den Verbrecher pathognomisch aufzufassen sind. Die Zahl solcher Befunde beträgt 100 bei in toto 65 Eingelieferten. Am häufigsten (19 mal) findet sich ein Mißverhältnis in der Entwicklung des Hirnschädels zum Gesichtsschädel.

Für die Beurteilung der psychischen Beschaffenheit der in einer Strafanstalt verwahrten Verbrecher gibt die Deliktsart die nächstliegenden Anhaltspunkte ab. Eine Anstalt mit Affektverbrechern, Gelegenheitsdeliquenten wird ein anderes psychisches Bild liefern als eine Anstalt mit Eigentumsverbrechern ausgeprägt chronischen Charakters. Kaisheim beherbergt diese letztere Art der gewohnheitsmäßigen, unverbesserlichen Diebe und Betrüger. Bei diesem ausgesucht schweren Material erwies sich die Ziffer der erblich Belasteten, von Haus aus mit einem Minus Bedachten, besonders hoch. Dazu kommt noch die Wirkung des eigenen Potatoriums, dem die Mehrzahl anheimfällt; weiterhin die mißliche Gestaltung der Schulbildungs- und Erziehungsverhältnisse, endlich das Vorhandensein von Zeichen körperlicher Entartung. Diese Anhäufung von Einzelerscheinungen, wobei für den einen dies, für den anderen jenes, schließlich für jeden etwas abfällt und zutrifft, berechtigt zu dem Schlusse, daß bei solchen von Natur und Schicksal ungünstig bedachten Elementen eine minderwertige geistige Gesamtverfassung vorliegt. Die Prüfung der einzelnen auf ihren Geisteszustand bestätigt nach des Verfassers Ermessen diese Annahme und läßt drei Kategorien unterscheiden: 1. Irre, 2. Psychopathen, 3. sozial Defekte (physiologisch Beschränkte).

Verfasser fügt dann einige typische Zustandsbilder aus den 3 Kategorien und einige interessante Schlußbemerkungen über die Notwendigkeit des Zusammenwirkens von Aerzten und Juristen zur Feststellung des psychischen Zustandes von Strafgefangenen und der darauf beruhenden Strafvollziehung und Strafanstaltsbehandlung. Für die Unverbesserlichen ist das Zuchthaus Sammelstätte, nicht Besserungsort! Der meist so gut wie sichere Rückfall nach erlangter Freiheit empfiehlt die Verhängung möglichst langzeitiger Inhaftierungen. Die kurzzeitige Verwahrung ist gerade bei den vermindert Zurechnungsfähigen und Willensschwachen wirkungslos; sie erhöht immer wieder die Gefährdung der bürgerlichen Gesellschaft. Der Hebel der Besserung ist nicht mehr in solch vorgeschrittenen, festgewurzelten Stadien der gesellschaftsfeindlichen geistigen Entartung einzusetzen, sondern bei der Jugend. Hierzu ist der Antrag bereits gemacht durch Einsetzung der Jugendgerichtshöfe, durch Zulassung erzieherischer Maßnahmen an Stelle der alten Strafe pp.

Zuletzt bespricht Verfasser noch die Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit der Errichtung von Sonderanstalten für solche Gefangene, die sich psychisch für den regulären Strafhausbetrieb nicht eignen und entweder in ihrem eigenen geistigen Interesse (Gefahr der Verschlimmerung, Selbstmordgefahr) oder im Interesse des Anstaltsbetriebes (Lärmstörung, Aggressivität, erhöhte Ansprüche an Pflege und Wartung) ausgeschaltet werden müssen. Preußen besitzt

bereits mehrere derartige Sonderanstalten, Irren- und Minderwertigen-Abteilungen, ebenso Baden, Württemberg und Sachsen. Bayern behilft sich zurzeit noch mit der Einschaffung der dringlichen und bedürftigsten Fälle in die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten. Die letzte Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater (1910) hat bereits zu dieser Frage Stellung genommen mit Referaten der Herren Rüdin-München und Kundt-Deggendorf.

Rüdin hat bekanntlich empfohlen:

1. Gründung von Sonderanstalten an Strafanstalten, die einen Bestandteil der Strafanstalt selbst bilden.

2. Die Verwertung der Gründung einer einzigen größeren Sonderanstalt als Zentrale für alle bayerischen, in Frage kommenden Gefangenen.

3. Die Errichtung von „Sonderpavillons für Gefährliche", und zwar für die verbrecherischen Irren in allen Kreisanstalten.

Dr. Waibel-Kempten.

Besprechungen.

Dr. Franz Kirchberg: Massage und Gymnastik in Schwangerschaft und Wochenbett. Berlin 1911. Verlag von Julius Springer. Kl. 8°, 48 S. Preis: 1,20 M.

Das kleine Werkchen ist bestimmt für intelligente Hebammen und Wochenpflegerinnen, wie wir sie nach des Verfassers Ansicht erfreulicherweise in Deutschland in immer steigender Zahl besitzen. Verf. vertritt auch die — vielleicht doch nicht allseitig geteilte — Ansicht, daß dieses „ausgezeichnete Frauenmaterial" bei richtiger Ausbildung an einer, mit vielseitigem Krankenmaterial versehenen Lehranstalt der Gefahr späterer Kurpfuscherei nicht verfallen wird. Auf jedem Fall fehlt es in dem Buche nicht an wiederholten, sehr dringlichen Warnungen vor selbständigem, dreistem Vorgehen, unter Hinweis auf die ernsten Gefahren (namentlich den Abortus), die aus unzweckmäßiger Anwendung der Massage entstehen können. So findet sich gleich in der Einleitung der Ausspruch, daß jede Hebamme und Masseurin, die Thure-Brandt-Massage betreibt, damit aus der Reihe der anständigen Hebammen und Masseurinnen ausscheidet. Gegenüber dem Unwesen, das von der Koryphäen der Naturheilkunde und mehr noch von ihren weniger vorsichtigen Nachbeter und Nachbeterinnen im Lande mit kritik- und wahlloser Massage des Unterleibs getrieben wird, verdienen die ernsten Warnungen, namentlich das absolute Verbot der Massage des schwangeren Uterus volle Beachtung; sie können unter Umständen auch als wertvoller Anhalt bei gerichtsärztlicher Begutachtung dienen.

Die wissenschaftlichen Gründe für vermehrte Anwendung der mechanischen Therapie, in erster Linie also die Massage und die Gymnastik, namentlich auch der Atemgymnastik, sind kurz, knapp und mit anerkenneswerter Vermeidung zu optimistischer Betrachtung dargelegt. Verf. dürfte vollständig Recht haben mit seiner Ansicht, daß das Büchlein auch manchem Arzt eine willkommene Gabe sein wird. Dr. Langerhans-Celle.

Dr. Wilhelm Sternberg, Spezialarzt für Ernährungs-Therapie in Berlin: **Diät und Küche, Einführung in die angewandte Ernährungs-Therapie.** Würzburg 1911. Verlag von C. Kabitzsch. Kl. 8°, 188 S. Preis: 5 M.

Es sind nicht die schlechtesten Bücher, über die man sich beim Lesen gelegentlich etwas ärgert und dieses subjektiveste aller Bücher muß notwendig häufig den Widerspruch des Lesens herausfordern und zwar auch da, wo er sachlich mit dem Verfasser übereinstimmt. Zugegeben mag sein, daß der Weg des praktischen Arztes, der ohne nähere Fühlung mit der Universität wissenschaftlich und schriftstellerisch arbeitet, mitunter recht dornenvoll sein kann. Verf. drückt dies folgendermaßen aus: „Wer, wie ich am Rande der Wissenschaft, ohne den Schmuck akademischer Lorbeeren arbeitet, der bleibt dem unabänderlichen Gesetz des akademischen Inkognito unterworfen und aus dem Vestibül des akademischen Ruhmes verdrängt. Gehüllt ins Leichentuch der Vergessenheit und Gleichgültigkeit seitens der Universität hat er keine Aussicht, der Auserwählte zu werden, bis die gelernten Skribenten sich seinen Er-

folg bequem annektieren“. Aber er drückt sich auch noch kräftiger aus und die Epitheta, mit denen er seine Widersacher bedenkt, streifen oft bedenklich an die Grenze des parlamentarisch Zulässigen. Auch das Hervorkehren der eigenen Person wirkt nicht angenehm. Ausdrücke, wie „ich habe das bereits festgestellt“, „ich habe das widerlegt“ oder „ich habe das schon früher gerügt“ finden sich fast auf jeder Seite. Des Verfassers Polemik wäre ungenießbar, ohne seine glänzende Beherrschung der deutschen Sprache, die auch das an sich nicht Zusagende schmackhaft macht. Es ist geradezu ein ästhetischer Genuß, wie scharf er seine Pfeile zuspitzt und wie gewandt er des Gegners Blößen erspäht. Dabei steht ihm das Rüstzeug eines umfassenden Wissens auf allen Gebieten menschlicher Forschung und eine geradezu falbelhafte Belesenheit zu Gebote. Gegenüber der trostlosen Oede reiner Sachlichkeit, die uns in Gegensatz zur wissenschaftlichen Literatur unserer westlichen Nachbarn auch aus den bedeutsamsten Werken unserer Landsleute so häufig entgegenstarrt, wirkt es sehr erfreulich, wenn Verf. den Plato und Horaz, Spinoza, Dèscartes, Frank, Wedekind und Björnson zum Kampfe gegen die Berliner Größen der Verdauungslehre mobil macht und dem Kampfplatz durch geistreiche Ausblicke auf anscheinend ferner liegende Gebiete, z. B. die Physiologie und Psychologie der Liebe oder auf die Sprachforschung eine ungeahnte Ausdehnung gibt.

In der Sache befindet sich Sternberg unzweifelhaft sehr oft im Recht, namentlich wenn er gegenüber den einseitigen Betrachtungen der spezifischen Laboratoriumsforschung das ästhetische Element in der menschlichen Ernährung betont und immer wieder hervorhebt, daß die unerläßliche Vorbedingung erfolgreicher Krankenernährung, der Appetit und sein Gegenpart das Ekelgefühl doch noch von ganz anderen Dingen abhängen, als von der chemischen Zusammensetzung und der Resorbierbarkeit der angebotenen Nahrungsmittel! Eine Fülle seiner Beobachtungen, die weniger am grünen Tisch, als an wohlbesetzter Tafel gewonnen sind, muß jedem, der sich für heitere und vernünftige Lebensfreude noch etwas Sinn gerettet hat, einen hohen Genuß bereiten. Allerdings werden seine Betrachtungen bei den Abstinenzlern reinster Observanz keine ungemischte Freude erregen. Aber das Buch ist nicht etwa nur eine interessante und geistreiche Frühstücks-Lektüre, sondern es bietet gar vielerlei, was der Praktiker, namentlich der Krankenhausarzt, aber auch der, für die allgemeine Volkswohlfahrt sorgende Hygieniker direckt in die Praxis übertragen kann. Dahin gehören z. B. seine Betrachtungen über die Versuche, durch billige Seefische die Folgen der Verteuerung aller übrigen Lebensmittel abzuwenden. Auch die kernigen Worte, mit denen er sich gegen die bekannte Vorliebe des Publikums und leider auch so vieler Aerzte für die künstlichen Nährmittel der chemischen Industrie wendet, verdienen volle Beachtung. Ref. verspricht sich auch von wiederholter Lektüre des interessanten Buches nicht nur erneuten Genuß, sondern auch manigfaltige Anregung und Förderung auf dem für den Arzt und den Hygieniker gleich wichtigen Gebiet der praktischen Ernährungslehre. Dr. Langerhans-Celle.

Prof. Dr. W. Gmünd, Dozent an der Technischen Hochschule zu Aachen: **Bodenfrage und Bodenpolitik in ihrer Bedeutung für das Wohnungswesen und die Hygiene der Städte.** Eine Untersuchung über die wirtschaftlichen Voraussetzungen der Städtehygiene für Architekten, Ingenieure, Verwaltungsbeamte, Hygieniker und alle Interessenten der städtischen Wohnungsfrage. Berlin 1911. Verlag von Julius Springer. Kl. 8°; 341 S. Preis 8 M.

Das vorliegende Werk ist sehr interessant geschrieben und gibt einen Teil der Vorlesungen wieder, die Verf. seit Jahren an der Hochschule zu Aachen über Bau- und Wohnungshygiene gehalten hat. Verfasser unterzieht die wirtschaftlichen Voraussetzungen der Wohnungs- und Städtehygiene einer zusammenhängenden Darstellung, in derem Verlauf überraschend viel neue Fragen auftauchen und besprochen werden. Manches alte scheinbar unanfechtbare Axiom wird in den Sand gestreckt, manches neue scheinbar paradoxe auf den ihm gebührenden Platz gesetzt.

Die jetzt alle Welt bewegende Frage der städtischen Bodenpolitik, ihre Grundlagen und die Grundzüge für eine gesunde Politik der Zukunft werden abgehandelt.

Die Ursachen der Wohnungsnot, die Bodenspekulation, das Bodenmonopol, die Theorie des „schmalen Randes“ seien aus dem reichen Inhalt als besonders glücklich dargestellt hervorgehoben.

Das Buch ist besonders für Kommunalverwaltungen größerer Städte als unentbehrlich zu bezeichnen. Viele seiner Theorien werden zweifellos stark bestritten werden. Verf. sieht dies auch voraus; er ist aber zufrieden, wenn er „einigen Lesern überhaupt zu einer bestimmten Ansicht verhelfen würde“.

Dr. Zelle-Lötzen.

Dr. v. Vogl, k. b. Generalstabsarzt z. D.: **Turnen und Jugendspiele in der körperlichen Erziehung der schulentlassenen Jugend.** München 1911. J. F. Lehmanns Verlag. Kl. 8°; 30 S. Preis: 0,80 M.

Verfasser gibt in der Einleitung eine Uebersicht über den Wert des Turnens in den Schulen und seinen Einfluß auf die Wehrhaftigkeit der Jugend.

Nach Schwiening finden sich die meisten Untauglichen unter den Zöglingen der oberen Gymnasialklassen, die am wenigsten turnen. Die Wehrfähigkeit der Stadt steht überall 10—15 % unter der Landbevölkerung. Dieser Tiefstand der Wehrfähigkeit der Städte gibt die Berechtigung und die Verpflichtung Maßnahmen zur Stärkung des Körpers zu ersinnen und durchzuführen. Dazu ist nichts geeigneter als täglich mindestens eine Stunde Geräte- und Freiübungen mit Jugendspielen.

Verfasser weist dann die vielfach verbreitete Anschauung, daß die Armee Zeit und Mittel zur genüge habe, ihre Rekruten sich selbst auszubilden, zurück. Er sieht in der Durchführung des Turnens und der Jugendspiele ein Mittel, das jetzt verloren gegangene oder wenigstens hart bedrohte Gleichgewicht der Kultur, des Geistes und des Körpers wiederherzustellen.

Dr. Zelle-Lötzen.

Hans Weicker, Dezernent bei der Zentralstelle für Volkswohlfahrt: **Die jugendlichen Arbeiter in Deutschland. IV. Bildung und Erziehung ausserhalb der Schule (Jugendpflege).** Schriften der Gesellschaft für soziale Reform. Heft 4 des IV. Bandes; Heft 37 der ganzen Reihe. Jena 1911. Verlag von Gustav Fischer. Kl. 8°; 31 Seiten. Preis: 0,25 M.

Verfasser bespricht in ausführlicher Art jene vielbeklagte Lücke unserer Volkserziehung, die bei der männlichen Jugend zwischen der Schulentlassung und dem Eintritt ins wehrpflichtige Alter klafft, und die in jüngster Zeit Gegenstand der ernsten Sorge von Staat und Gesellschaft geworden ist; er vernachläßigt aber auch die eben so wichtige Frage der Erziehung unserer weiblichen Jugend nicht. Er weist die Erziehungsarbeit in dieser Zeit neben der Familie, die der „wichtigste Erzieher ist und bleibt“, zunächst dem Arbeitgeber und der Arbeit zu. Der eigentliche Lehrer des Jugendlichen in der Werkstatt ist der Geselle. Besonders wichtig ist, daß der Arbeitgeber seine jugendlichen Arbeiter vor jeder Art Terrorismus, die ein Eintreten in bestimmte Vereine oder ein Abonnement auf gewisse Zeitungen erzwingen wollen, schützt. Freilich muß man hier dem Verfasser entgegenhalten, daß ein solcher Schutz sehr vielen Arbeitgebern unmöglich sein wird, da sie selbst schon unter die Knute ihrer Gesellen sich ducken müssen.

Für die Erziehung der weiblichen Arbeiter ist der häusliche Dienst wertvoll und ausschlaggebend; hier weist W. mit Ernst auf die Pflichten der Herrschaft ihren jungen Haushaltungsgehilfinnen gegenüber hin; goldene Worte über die vielfach unzureichenden Schlafstuben der Dienstboten, das Ausgehen derselben, die Ueberwachung ihres Verkehrs finden wir ausgesprochen.

Es wird sodann die Jugendpflege, deren Träger kirchliche Organisationen (Jünglings- und Jungfrauenvereine), oder privater Art sind, besprochen. Erschreckend groß sind die Zahlen, die W. über den Erfolg der sozialdemokratischen Jugendarbeit bringt. Den Schluß des Werkchens bildet eine warme Empfehlung der Volksheime.

Das Heftchen liest sich gut und ist von warmer Begeisterung für unsere Jugend getragen. Dr. Zelle-Lötzen.

Dr. August Kohl-Würzburg: **Pubertät und Sexualität. Untersuchungen zur Psychologie des Entwicklungsalter.** Würzburg 1911 Kurt Kabitzsch (A. Stubers Verlag). Kl. 8°. Preis: 1,50 M.

Kohl will in dem vorliegenden Werk eine Abhandlung über die Gesamtheit der Erscheinungen, die mit dem Auftreten des Geschlechtstriebes verknüpft sind, sowohl für das einzelne Individuum, als auch für Staat und Gesellschaft liefern. Zweifellos ein sehr aktuelles Thema, das ernster Würdigung gewiß sein darf. Auch läßt sich nicht leugnen, daß die Schrift schöne Gedanken in schöner Form bietet. Sehr gut lesen sich zumal die Kapitel, die über die Entwicklung des Jünglings und der Jungfrau handeln, am besten erscheint mir die Beschreibung der „unbewußten Sexualität" gelungen. Die Periode der „holden Jugendeselei", wie Heine die Zeit der ersten Liebe nennt, ist mit überwältigender Realität gemalt.

Aber daneben enthält die Arbeit auch recht viel Unklares; das Wesentliche ist vom Unwesentlichen durchaus nicht getrennt. Das I. Kapitel „Einleitung und begriffliche Orientierung" bezeichnet, ist verworren und sehr schwer verständlich geschrieben. Es wäre zu wünschen, daß eine Ueberarbeitung durch den Verfasser aus dem Wust des Ueberflüssigen den guten Kern klarer hervortreten lassen würde. Dr. Zelle-Lötzen.

Dr. med. F. Siebert-München: **Der Student und die sexuelle Frage.** München 1911. J. F. Lehmanns Verlag. Kl. 8°; 30 Seiten. Preis: 0,50 M.

Die vorliegende kleine Schrift bildet den Inhalt eines Vortrages des Verfassers in der Fuchsenstunde des akademischen Gesangvereins München. Obwohl Verfasser Mediziner ist, tritt dieser Standpunkt hinter dem des Philosophen zurück; man würde irren, wenn man hinter dem anspruchslosen Titel des Werkchens nichts weiter suchen würde, als eine der üblichen, meist sehr flachen und langweiligen Moralpaukereien in ähnlich betitelten Schriften. Die Ausführungen Sieberts sind im Gegenteil tief und gehaltreich. Mit heiligem Ernst fordert er als Tatmensch des ethischen Wollens den deutschen Studenten zur Wahrung seines besten Gutes, der Keuschheit, auf. Als sittliches Ideal stellt er gewissermaßen statt des Wahlspruchs „Lebe Dich selbst" das Ibsensche „Lebe Dir treu" auf. Statt des üblichen Bierstudenten erhofft er den freien Mann auf freiem Grunde.

Das Schriftchen ist ausgezeichnet geschrieben und wohl berufen, unserer akademischen Jugend in der Sturm- und Drangperiode ihres Lebens einen sittlichen Halt zu bieten. Dr. Zelle-Lötzen.

Tagesnachrichten.

Durch Erlaß des Herrn Ministers des Innern vom 30. Januar d. Js. sind sämtliche preußische **Regierungs- und Medizinal-Räte** wiederum zu einer **Konferenz** einberufen, die am Sonnabend, den 27. April d. Js., vormittags 9 Uhr, im großen Sitzungssaale des Ministeriums des Innern stattfinden soll. Zur Beratung wird die Frage einer etwaigen Neuregelung der Bestimmungen über das praktische Jahr gelangen, die bereits auf der Tagesordnung der vorjährigen Konferenz stand, damals aber nicht zur Verhandlung gelangte, weil die Erörterung der Impffrage die ganze Beratungszeit in Anspruch nahm. Jedenfalls werden die Regierungs- und Medizinal-Räte die Einberufung der Konferenz, die auch sonst Gelegenheit zu mancherlei Meinungsaustauschen bietet, mit Freuden begrüßen und der Zentralleitung dafür dankbar sein.

Aus dem Königreich Sachsen. Der dem Landtage vorgelegte Haushaltungsetat für 1912/1913 bringt auf dem Gebiete des Medizinalwesens u. a. folgende Positionen: Gehalt für einen ständigen medizinischen Rat als vortragenden Rat im Ministerium des Innern und für einen Bakteriologen bei der Zentralstelle für öffentliche Gesundheitspflege, sowie für je einen neuen Gerichtsarzt in Dresden und Leipzig; ferner 95281 M. Zuschuß für ein Landesgesundheitsamt und 100000 M. für Krüppelfürsorge.

Der von der **Württembergischen Kammer** gewählte Ausschuß für den Gesetzentwurf, betreffend die **Dienstverhältnisse der Oberamtsärzte** hat die Beratung des Entwurfs beendet und, abgesehen von verschiedenen kleineren, die nachstehenden wesentlichen Aenderungen des Entwurfs beschlossen:

Zu Art. 1 ist als Abs. 3 neu hinzugesetzt:

„Hat eine Gemeinde einen Arzt im Hauptamt als Gemeindebeamte für das öffentliche Gesundheitswesen oder für einzelne Teile davon angestellt, so können diesem Arzt für den Bereich seines Geschäftskreises die sonst dem Oberamtsarzt zukommenden Geschäfte an dessen Stelle übertragen werden. Dem dahingehenden Antrag der Gemeindeverwaltung, in deren Dienst der Arzt steht, soll stattgegeben werden, wenn der Gemeindearzt den für die Anstellung als Oberamtsarzt geltenden Anforderungen entspricht und wenn keine erheblichen Gründe gegen die Uebertragung vorliegen."

Art. 2, Abs. 2 hat folgende Fassung erhalten:

„Soweit er es zur Ermittelung einer im Verordnungsweg bezeichneten übertragbaren Krankheit für geboten hält, ist ihm der Zutritt zu einem Kranken oder zu einer Leiche und die Vornahme der zu den Ermittelungen über die Krankheit erforderlichen Untersuchungen zu gestatten. Bei Verdacht einer übertragbaren Krankheit der bezeichneten Art kann eine Leichenöffnung polizeilich verfügt werden, wenn der beamtete Arzt dies zur Ermittelung der Krankheit für erforderlich erklärt."

Art. 4 Ziffer 5 hat folgende Abänderung erfahren:

„5. den reichsgesetzlichen Versicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften und ähnlichen landesrechtlichen Anstalten sowie den Versicherungsbehörden — den Berufsgenossenschaften jedoch nur auf Grund einer Anordnung des Ministeriums des Innern — auf ihr Ersuchen Zeugnisse und Gutachten über den Gesundheitszustand und die Erwerbsfähigkeit der versicherten Personen und Rentenempfänger auszustellen."

Für Art. 8 Abs. 3 ist nachstehende Fassung beschlossen:

„Die Gemeinden sind, soweit nicht im Verordnungswege für gewisse Arten von Schulen Ausnahmen zugelassen werden, verpflichtet, für jedes der Aufsicht des staatlichen Schularztes unterstehende Kind jährlich 20 Pfennig und für jede vom staatlichen Impfarzt vorgenommene, als gelungen zu erachtende öffentliche Impfung 60 Pfennig an die Staatskasse zu entrichten. Die Ueberwälzung dieser Gebühren auf die Beteiligten ist nicht zulässig. Die Gemeinden — bei Staats- und Privatschulen die Schulunternehmer — sind ferner verpflichtet, die für die ärztlichen Untersuchungen der Schüler sowie für die öffentlichen Impfungen erforderlichen Räume und ihre Ausrüstung, auch die etwa notwendigen Hilfspersonen zur Verfügung zu stellen. Ueber die Unterstützung des Schularztes durch die Lehrer wird durch Verordnung das Nähere bestimmt."

Art. 10 Abs. 1 hat folgende Fassung erhalten:

„Wird der Oberamtsarzt nach Maßgabe des Hauptfinanzetats als vollbesoldeter Beamter angestellt, so ist ihm die Ausübung ärztlicher Praxis und die Besorgung anderer ärztlicher Geschäfte als der amtsärztlichen mit Ausnahme von Notfällen nicht gestattet. Er ist jedoch innerhalb seines Amtsbezirks berechtigt, mit anderen Aerzten gemeinsame ärztliche Beratungen abzuhalten und die dabei etwa nötigen Verrichtungen vorzunehmen. Vom Ministerium des Innern kann ihm widerruflich gestattet werden, innerhalb seines Amtsbezirks Vertrauensarztstellen bei staatlichen Behörden oder reichsgesetzlichen Krankenkassen anzunehmen, andere als amtliche Gutachten auszustellen, sowie Bahn- oder Postarztstellen und Arztstellen an Krankenhäusern oder staatlichen Anstalten zu übernehmen."

Dem Art. 13 ist als Abs. 3 neu hinzugefügt:

„Spätestens nach Ablauf von 4 Jahren nach dem Inkrafttreten des Gesetzes ist den Landständen eine Neuregelung der Gehälter der Oberamtsärzte in Vorlage zu bringen, wobei der Wegfall des Bezuges der dem Oberamtsarzt nach Art. 7 zustehenden Gebühren in Aussicht zu nehmen ist."

Außerdem sind die nachstehenden Resolutionen beschlossen:

1. Die K. Regierung zu ersuchen, bei Erneuerung von Oberamtsärzten solche Bewerber zu bevorzugen, die sich über eine mehrjährige erfolgreiche Praxis ausweisen können.

2. Die K. Regierung zu ersuchen, eine gesetzliche Regelung der Fürsorge für nicht schulpflichtige Kinder in Erwägung zu ziehen.

Am 8. Januar d. J. hat eine **Festsitzung des Zentralkomitees für das Rettungswesen in Preußen** in Berlin (Hotel Prinz Albrecht) zur Feier seines zehnjährigen Bestehens stattgefunden, die von dem Vorsitzenden, Herrn Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner, mit einer Ansprache eröffnet wurde, in der er die Ziele und Zwecke des Zentralkomitees darlegte, in warmen Worten seines Begründers, des verstorbenen Ministerialdirektors Althoff, gedachte und allen Mitarbeitern, insbesondere Herrn Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dietrich und dem Generalsekretär Geh. San.-Rat Prof. Dr. George Meyer dankte. Dieser erstattete sodann Bericht über die zehnjährige Tätigkeit des Zentralkomitee und hob in diesem besonders die Verdienste des verstorbenen Prof. v. Bergmann, Exzellenz, um die Förderung des Rettungswesens hervor. Den Schluß bildete ein fesselnder Vortrag des Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bier: „Ueber die Bedeutung der Lonalanesthesie für das Rettungswesen."

Auszeichnung. Das Direktorium der Hufelandschen Stiftungen hat den drei dem Dienstalter nach ältesten Regierungs- und Medizinal-Räten den Geh. Medizinal-Räten Prof. Dr. Rapmund-Minden, Dr. Quittel-Aurich und Dr. Pfeiffer-Wiesbaden in Anerkennung ihrer Verdienste, die sie sich als langjährige Medizinalbeamte um die Hufelandsche Stiftung erworben haben, die **silberne Hufeland-Medaille** zum Ehrengeschenk gemacht.

II. Kurs mit Kongreß für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre in Gießen vom 9. bis 13. April 1912. Der Kurs findet am 9. und 10. April von 9—1 und 4—7 Uhr in der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten (Frankfurter Straße 99) und am 11. April von 9—11 Uhr im großen Hörsaal der Universität (Ludwigstraße) statt. Es werden folgende Vorträge gehalten:

1. Dr. Stephan Kekulè v. Stradonitz (4 Stunden): „Einführung in die Genealogie". — 2. Prof. Dr. Sommer (4 Stunden): a. Vererbungsregeln. — b. Theorie der Blutsverwandtschaft. — c. Vererbung körperlicher Krankheiten. — d. Die angeborene Anlage in den Gebieten der Normalpsychologie und Genie-Lehre. — 3. Prof. Dr. Dannemann (4 Stunden): a. Vererbung, innere und äußere Ursachen von Geisteskrankheiten und Neurosen. — b. Prophylaxe der Geisteskrankheiten und Neurosen. — c. Innere und äußere Ursachen der Kriminalität. — d. Kriminalpolitik als Teil der sozialen Hygiene. — 4. Prof. Dr. Strahl (1 Stunde): „Ein entwickelungsgeschichtliches Thema". — 5. Privatdozent Dr. Berliner (1 Stunde): „Demonstrationen aus dem Gebiet des angeborenen Schwachsinnes". — 6. San.-Rat Dr. Weinberg-Stuttgart (1 Stunde): „Ueber Methoden der Hereditätsforschung". — 7. Augenarzt Dr. Crzellitzer-Berlin (1 Stunde): „Methodik der graphischen Darstellung der Verwandtschaft mit besonderer Berücksichtigung von Familien-Karten und Familien-Stammbüchern".

An den Kurs schließt sich der **Kongreß** an, dessen Sitzungen im gleichen Saal am 12. und 13. April täglich von 9—1 Uhr und von 4—7 Uhr stattfinden. Auf der Tagesordnung stehen folgende Vorträge:

I. Methodik und Vererbungsregeln: 1. Dr. Stephan Kekulè v. Stradonitz, Groß-Lichterfelde b. Berlin: „Fehler in der genealogischen Methode bei der Untersuchung von Vererbungsfragen". — 2. Rechtsanwalt Dr. Breymann, Vorsitzender der Zentralstelle für Deutsche Personen- und Familiengeschichte in Leipzig: „Die systematische Sammlung von genealogischem Material". — 3. Dr. med. Römer, Anstaltsarzt, Illenau: „Ueber Hereditätsforschung". — 4. Dr. W. Betz in Mainz: „Statistische Theorie der Vererbung". — 5. Dr. A. von den Velden in Weimar: „Eine erweiterte Form der Ahnentafel für Zwecke der Vererbungsforschung". — 6. Dr. med. F. Hammer in Stuttgart: „Die Mendelsche Vererbung beim Menschen". —

II. Normale und geniale Anlagen: 1. Geh. Rat Prof. Dr. Wilh. Ostwald, Groß-Bothen b. Leipzig: „Ueber Genialogie". — 2. Dr. W. Betz in Mainz: „Der Durchschnittsmensch".

III. Abnorme Anlagen: 1. a. körperliche: Dr. Crzellitzer, Augen-

arzt in Berlin: „Die Vererbung von Augenleiden". — b. geistige: Prof. Dr. Dannemann in Gießen: „Die Fürsorgeerziehung vom Standpunkt der Rassenhygiene". — 2. Privatdozent Dr. Berliner in Gießen: „Abnorme Anlage und Erziehung". — 3. Oberarzt Dr. Dannenberger in Goddelau: „Familiäre Mikrozephalie". — 4. Dr. Emil Oberholzer, Breitenau b. Schaffhausen: „Ueber die Frage der Sterilisierung von Geisteskranken aus sozialen und rassehygienischen Gründen".

IV. Kriminelle Anlagen: Dr. Kurella, Nervenarzt in Bonn: „Ueber kriminelle Anlagen". —

V. Erforschung bestimmter Familien: 1. Prof. Dr. Strohmayer, Jena: Morphologie der Habsburger". — 2. Otto Forst, Wien: „Ahnenverlust und nationale Gruppen auf der Ahnentafel des Erzherzogs Franz Ferdinand". — 3. Prof. Dr. Sommer, Gießen: „Die Familie von Schillers Mutter".

VI. Vererbungslehre und Soziologie: 1. San.-Rat Dr. Weinberg in Stuttgart: „Hereditätsforschung und Soziologie". — 2. Prof. Dr. Otto K. Roller in Karlsruhe i. B.: „Lebensdauer der Geschlechter (genera) in städtischen Gemeinwesen". — 3. Dr. Armin Tille in Dresden: „Genealogie und Sozialwissenschaft". — 4. Privatgelehrter Macco in Steglitz b. Berlin: „Bringt materielles oder soziales Aufsteigen den Geschlechtern in rassenhygienischer Beziehung Gefahren?". —

VII. Vererbung und Züchtung: 1. Prof. Dr. Gisevius in Gießen: „Erfahrungen über Tierzüchtung". — 2. Prof. Dr. Fischer, Freiburg i. Br.: Rassenkreuzung beim Menschen".

VIII. Regeneration: 1. Ein Vertreter der Eugenics Education Society in London: „The Eugenic Movement in Great Britain". — 2. Prof. Dr. Sommer in Gießen: „Renaissance und Regeneration".

Die Einschreibgebühr für Kurs und Kongreß zusammen beträgt 25 Mk. inklusive des Kongreßberichtes, für Kurs oder Kongreß allein je 15 Mk. Anmeldungen zum Kurs und Kongreß sind an Prof. Dr. Sommer in Gießen, Geldsendungen an die Mitteldeutsche Kreditbank in Gießen zu richten.

Eine Ausstellung aus dem Gebiet der Genealogie und Vererbungslehre beim Menschen findet während des Kurses und Kongresses in der Klinik für psychische und nervöse Krankheiten statt. Sendungen an die Adresse der Klinik erbeten.

Die **diesjährige Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege** findet vom 3. bis 6. September in Breslau statt.

Pest. In Aegypten sind in der Zeit vom 6.—19. Januar d. Js. auch 10 Personen an der **Pest** erkrankt und 5 gestorben; in Rußland (Kirgisensteppe) vom 19.—25. Dezember v. Js. 6 (6); seitdem sind hier neue Erkrankungen nicht mehr vorgekommen.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten sind in der Zeit vom 24. Dezember 1911 bis 13. Januar 1912 erkrankt (gestorben) an: Aussatz, Gelbfieber, Rückfallfieber, Fleckfieber, Pest, Cholera, Tollwut: — (—); Pocken: 1 (—), — (—), — (—); Milzbrand: 5 (—), 1 (—), 1 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 2 (—), — (—), 4 (—); Unterleibstyphus: 221 (45), 196 (26), 190 (21); Ruhr: 2 (2), 4 (—), — (—); Paratyphus: 2 (—), 1 (—), 2 (1); Diphtherie: 2673 (207), 2122 (184), 2344 (184); Scharlach: 1849 (76); 1715 (68), 1703 (67); Kindbettfieber: 115 (39), 78 (24), 115 (34); übertragbare Genickstarre: 2 (—), 4 (1), 2 (2); Spinale Kinderlähmung 1 (—), 1 (—) —; Fleisch- usw. Vergiftung: 1 (1), — (—), 1 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 75, 241, 73; Tuberkulose (gestorben): 773, 506, 752.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. H. in B.: Darf bei Besichtigung eines Kirchhofs außerhalb des Wohnortes des Kreisarztes neben Tagegeldern und Reisegebühren eine besondere Gebühr für das Gutachten gefordert werden, wenn dasselbe mangels der nötigen Unterlagen — Karten und Pläne — nicht an dem Besichtigungstage ausgestellt werden konnte.

Antwort: Nein. Nach § 2 des Gebührengesetzes in Verbindung mit B 4 des Tarifs sind für die Besichtigung einschl. des vorgeschriebenen Gutachtens 10—25 M. Gebühren zu berechnen; nach § 7 werden daneben Tagegelder nur insoweit gezahlt, als sie die zuständigen Gebühren übersteigen. Durch die Gebühr werden beide Tätigkeiten, die Besichtigung und die Ausstellung des Gutachtens abgegolten, jedoch ohne Rücksicht auf den Tag, an dem jede von beiden erfolgt. Bei Berechnung der Gebühr wird nach den allgemeinen Bestimmungen unter Nr. 2 nicht nur der Zeitaufwand bei der Besichtigung, sondern auch für die erst an einem anderen Tage erfolgte Ausarbeitung des Gutachtens in Betracht zu ziehen und danach die Höhe der Gebühr innerhalb des gegebenen Spielraumes zu bemessen sein.

Anfrage des Kreisarztes Dr. L. in L.: Was ist im Formular XI der Dienstanweisung (Muster für den Jahresbericht), Abschnitt XII a 1 unter „Gesamtzahl der sanitäts- und medizinalpolizeilichen, der gerichtsärztlichen und der vertrauensärztlichen Geschäfte zu verstehen? Ist es die Zahl der auf jeden der 3 Arten von Geschäften entfallenden Tagebuchnummern — so wurde früher gezählt — oder soll es heißen: Angelegenheiten, sodaß verschieden viele Tagebuchnummern darauf entfalen?

Antwort: Das Letztere ist zutreffend; jede einzelne Angelegenheit, z. B. Musterung der Apotheke in A, Schulbesichtigung in B, Strafsache gegen C, Untersuchung des Beamten D usw. ist als ein Geschäft zu zählen, ohne Rücksicht darauf, wie viel Tagebuchnummern ihre Erledigung erfordert hat.

Anfrage des Kreisarztes Dr. R. in Str.: Kann für eine auf die Veranlassung der Regierung, Abteilung für Schulwesen, vorgenommene Untersuchung eines Gemeindeschullehrers zwecks Wideraufnahme des Unterrichts und Ausstellung des bezüglichen Attestes beim Regierungspräsidenten liquidiert werden?

Antwort: Nein. Die Tätigkeit fällt unter § 96 der Dienstanweisung.

Anfrage des Kreisarztes Dr. M. in H.-M.: Kann eine Hebamme, welche ohne genügende Gründe der wiederholten Aufforderung zur Teilnahme an einem Wiederholungskursus nicht Folge leistet und bei ihrem Widerstande beharrt, nicht bestraft werden? (Dienstanweisung f. Hebammen § 5 Abs. 4).

Antwort: Ja; wenn die Hebamme durch Polizeiverordnung verpflichtet ist, sich bei Ausübung ihrer Berufstätigkeit genau nach dem gültigen Hebammenlehrbuche und der Dienstanweisung zu richten und für Zuwiderhandlungen eine Strafe angedroht ist. Allerdings erachtet das Kammergericht eine solche Vorschrift für rechtsungültig (Urteil v. 12. Februar 1904, Zeitschr. f. Med.-Beamte, Beilage Rechtspr., S. 153).

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

Die **diesjährige Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins** wird am

Freitag, den 26. April

in Berlin (Rheingold) stattfinden. Zur Verhandlung werden gelangen:

1. Entwurf des Wassergesetzes: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Salomon-Charlottenburg.
2. Methylalkoholvergiftung: Dr. Bürger, erster Assistent beim Institut für Staatsarzneikunde in Berlin.
3. Der ärztliche Sachverständige auf dem Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nach der neuen Reichsversicherungsordnung: Landes-Med-Rat Dr. Knepper in Düsseldorf.
4. Als Diskussionsgegenstand: „Schulkinder-Untersuchungen auf dem Lande": Kreisarzt Dr. Dohrn in Hannover.

Die genaue Tagesordnung wird in Nr. 5 der Zeitschrift veröffentlicht werden.

Minden, den 1. Februar 1912.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins.
Im Auftrage: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Reg.- u. Geh. Med.-Rat in Minden.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 4. Ausgegeben am 20. Februar 19

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,

Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 4.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Charakter als Sanitätsrat: dem prakt. Arzt Dr. Kollmann in Pakosch (Kreis Mogilno); — das Prädikat Professor: dem Privatdozent Dr. Grube in Bonn und Frau Dr. Lydia Kempner, geb. Rabinowitsch in Charlottenburg; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Kreisarzt Dr. Bundt in Querfurt und dem Oberstabsarzt Dr. Friedr, Helmboldt in Berlin; — der Kronenorden III. Klasse: dem Oberstabsarzt Dr. Heckmann, Chefarzt des Garnisonlazaretts I in Berlin.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung: des Königl. Bayer. Militärverdienstordens IV. Kl. mit der Krone: dem Generalober- und Divisions-Arzt Dr. Schuster in Metz; desselben Ordens IV. Kl.: dem Oberstabsarzt Dr. Sturtz, kommandiert zur Akademie für prakt. Medizin in Cöln; des Ehrenoffizierkreuzes des Großherzogl. Mecklenburg. Verdienstordens des Herzogs Peter Friedrich Ludwig: dem Generalober- und Divisions-Arzt Dr. Albrecht in Hannover; des Offizierkreuzes des Herzogl. Braunschweigischen Ordens Heinrichs des Löwen: dem Stabsarzt Prof. Dr. Börger in Graudenz; des Ritterkreuzes II. Kl. des Herzogl. Sachsen-Ernestinischen Hausordens: dem Stabsarzt Dr. Bierrast in Deutsch-Eylau; des Komturkreuzes des Kaiserlich Oesterreichischen Franz-Joseph-Ordens: dem Oberstabs- und Regts.-Arzt Dr. Richter in Schleswig; des Ritterkreuzes I. Klasse des Königlich Sächsischen Albrechtsordens: dem Oberstabsarzt a. D., Professor Dr. Nietner in Groß Lichterfelde; des Ritterkreuzes I. Klasse des Großherzoglich Badischen Ordens vom Zähringer Löwen: dem Oberstabsarzt a. D. Dr. Winter in Langensalza; des Ehrenkreuzes IV. Klasse des Fürstlich Lippischen Hausordens: dem Direktor des Landeshospitals in Marxhausen Dr. Schedtler.

Ernannt: der Direktor des Provinzialschulkollegiums in Hannover Ober-Reg.-Rat Dr. Lüdeke zum Vizepräsidenten des Provinzialschulkollegiums und des Medizinalkollegiums der Provinz Brandenburg in Berlin; Geh. Med.-Rat Dr. Finger, vortragender Rat im Ministerium des Innern, Reg.- u. Veterinärrat Nevemann im Ministerinm für Landwirtschaft, Domänen und Forsten, Reg.- und Gewerberat Simon in Düsseldorf und Geh. Reg.-Rat Dr. Weber, Direktor im Kaiserlichen Gesundheitsamt in Berlin zu Mitgliedern des Reichsgesundheitsrates; Geh Med.-Rat Dr. Krohne im Ministerium des Innern zum Mitgliede des Apothekenrates und Vorsitzenden der technischen Kommission für pharmazeutische Angelegenheiten; die Apothekenbesitzer Bothe in Breslau, Hofapotheker Ruediger in Homburg v. d. H., Weichelt in Koblenz, sowie die Apotheker Med.-Rat Dr. Hartmann in Magdeburg, Dr. Wulf in Bruch bei Berlin und Dr. Diehgans in Elberfeld zu Mitgliedern des Apothekenrates; der bisherige Privatdozent Dr. Voit, Abteilungsvorsteher am anatomischen Institut in Göttingen zum außerordentlichen Professor; Kreisassistenzarzt Dr. Stein in Münster i. W. zum Kreisarzt in Grimmen.

am ...
assist...

Versetzt: Der ordentliche Psofessor Dr. Krückmann in Königsberg i. Pr. in gleicher Eigenschaft in die medizinische Fakultät der Universität Berlin.

Beauftragt mit der kommissarischen Verwaltung der Regierungs- und Medizinalratsstelle in Wiesbaden: Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. v. Hake in Marienwerder; mit der kommissarischen Verwaltung der Regierungs- und Medizinalratsstelle in Marienwerder: Kreisarzt Dr. Rathmann, ständiger Hilfsarbeiter bei der Regierung in Düsseldorf.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Gruenhagen in Königsberg i. Pr.; San.-Rat Dr. Krull in Barmen; San.-Rat Dr. Schück in Görlitz; San.-Ra- Dr. Hornig in Oranienburg (Reg.-Bez. Potsdam); San.-Rat Dr. Scharfenberg in Primkenau (Reg.-Bez. Liegnitz); Dr. Westphal in Erbach (Reg.-Bez. Wiesbaden), Hoffmeister in Biedenkopf (Reg.-Bez. Wiesbaden); Dr. Julius Meyer aus Berlin in Leipzig; Dr. Heinr. Ludwig Harms aus Hannover in Batavia; Dr. Wulffers in Wetter a. d. Ruhr; Dr. Keibel in Berlin, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Finkler in Bonn.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Ritterkreuz des Verdienstordens der Bayerischen Krone: dem Geh. Hofrat Prof. Dr. Heß in Würzburg.

Gestorben: Generalarzt a. D. Dr. Schuster in München; Dr. Mayring in Würzburg; Dr. Schöttl in Aindling.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Großherzoglich Sachsen-Weimarischen Hausordens der Wachsamkeit und vom weißen Falken: dem prakt. Arzt Dr. Neustötter in Dresden.

Gestorben: Generalarzt a. D. Dr. Sussdorf und San.-Rat Dr. Friedrich in Dresden, Geh. San.-Rat Dr. Helmkampff in Dresden-A.

Königreich Württemberg.

Gestorben: Generaloberarzt Dr. Koch und Dr. S. Loewenstein in Stuttgart.

Grossherzogtum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel außerordentlicher Professor: dem Privatdozenten Dr. Wilmanns in Heidelberg; — das Kommandeurkreuz II. Klasse des Ordens vom Zähringer Löwen: dem Geh. Hofrat Prof. Dr. Axenfeld in Freiburg i. Breisgau.

Ernannt: Privatdozent Dr. Kahler in Wien zum außerordentlichen Professor und Direktor der laryngologischen Klinik in Freiburg i. Breisgau.

Andere deutsche Bundesstaaten.

Ernannt: Privatdozent Dr. Wrede in Jena zum außerordentlichen Professor.

Gestorben: Dr. Heinrich Kuhlmann in Hamburg, Geh. Med.-Rat Dr. Ehlers in Braunschweig.

Eledigte Stellen.

Königreich Preussen.

Meldefrist: 1. März 1912.

Die Stelle des Kreisassistenzarztes und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamte in **Münster i. W.** (Remuneration 2000 M. jährlich).

Königreich Bayern.

Die Bezirksarztstelle in **Nürnberg Stadt.**

25. Jahrg. Zeitschrift 1912.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 4.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Febr.

Virolente oder spontane Scheidenruptur?

Von den Kreisärzten Dr. **Klix**-Darkehmen und Dr. **Schüler**-Pinneberg, früher Goldap.

Die Arbeiterfrau B., 40 Jahre alt, zum neuntenmal schwanger, bemerkte am 28. März nachmittags den Eintritt von Wehen, die in kurzer Zeit derart zunahmen, daß sie die Nachbarin Frau N. um Hilfe bat. Diese nahm auf wiederholtes Bitten der Kreißenden eine innere Untersuchung nach Waschung der Hände mit Seife vor; sie vermochte jedoch einen Kindsteil nicht zu fühlen und erklärte, daß die Geburt noch nicht eintreten könne. Die gegen 8 Uhr abends aus weiter Entfernung erschienene Hebamme fand die Frau auffallend schwach bei geringer halbstündlich einsetzender Wehentätigkeit. Sie drang daher auf Zuziehung eines Arztes, der um 3 Uhr morgens erschien. Auch ihm machte die Frau einen sehr elenden Eindruck; die Achseltemperatur betrug 37,9. Durch äußere Untersuchung war die Kindslage nicht genau festzustellen, bei der inneren fiel ihm bei tieferem Eingehen die Nachgeburt in die Hand. Dieselbe lag im oberen Teil der Scheide und ließ sich mit den Eihäuten leicht entfernen. Hierauf gelang es leicht, einen Fuß zu fassen und das Kind zu extrahieren. Nur die Entwickelung des Kopfes bereitete einige, wenn auch nicht übermäßige Schwierigkeiten; eine irgendwie erhebliche Blutung trat nicht ein.

Der Zustand der Frau blieb schlecht. Der Puls soll in der Folge beschleunigt gewesen sein, während die Temperatur nur wenig stieg. Unter zunehmender Auftreibung des Leibes und anhaltender Brechneigung erfolgte 46 Stunden nach der Entbindung der Tod.

11 Tage später verrichteten wir die Obduktion, die Folgendes ergab:

16. Bauchfell der Bauchwand dunkelrot. Blutgefäße bis in die feinsten Verzweigungen mit Blut gefüllt. Ueberzug der Därme im allgemeinen glatt, spiegelnd; jedoch lassen sich an vielen Stellen gelbliche, schmierige Gerinnsel abheben. Diese finden sich auch auf der Vorderfläche der Gebärmutter, deren Ueberzug nicht spiegelnd ist, und auf dem Netz, dessen Gefäße bis in die feinsten Verzweigungen gefüllt sind. Im kleinen Becken 125 ccm trüber, roter Flüssigkeit.

23. Auf der hinteren Blasenwand eine 3 cm lange, 1½ cm breite dunkle Verfärbung der Schleimhaut. Beim Einschneiden zeigt sich geronnenes Blut.

24. Oberhalb des Blasenscheitels eine quere Durchtrennung des Bauchfells von 11 cm Länge, die vom rechten zum linken runden Mutterbande reicht. Die Ränder sind rissig, nicht scharf abgesetzt, mit schmierigem, dunklem Blut bedeckt. Das Bauchfell in der Umgebung ist auf Handtellergröße lebhaft gerötet und teilweise mit geronnenem Blute belegt. Der vorsichtig eingeführte Finger gelangt in die Scheide.

26. In der Scheide braunrote, schmutzige Blutgerinnsel. Das vordere Scheidengewölbe ist in gleicher Weise und Ausdehnung quer durchtrennt wie unter Nr. 24 beschrieben.

27. Gebärmutter auf der Innenfläche von grauroter Farbe, an der Vorderseite des Grundes dunkelrot. Hier haften auf einer Fläche von der Größe eines Handtellers schwärzliche Blutgerinnsel der Wandung ziemlich fest an.

36. Das knöcherne Becken hat folgende Maße:
Conjugata vera 8 cm.
Querdurchmesser 13 cm.
Entfernung der Darmbeinstacheln: 24 cm,
Entfernung der Darmbeinkämme: 28 cm.

39. Das Herz auf dem Durchschnitt von braunroter Farbe. Wand rechts 2 mm, links 7 mm dick.

Die vorgelegte Kinderleiche ist 53 cm lang, 3550 g schwer; der Kopfumfang beträgt 35,5 cm, der Querdurchmesser des Kopfes 10 cm, der Längsdurchmesser 11 cm.

Unser vorläufiges Gutachten lautete:

„Der Tod ist infolge einer Zerreißung der Scheide eingetreten.

Ueber die Entstehung derselben werden wir erst nach Kenntnis aller Vorgänge bei der Geburt ein Urteil abgeben können.“

Daß der Tod der Frau auf den schweren bei der Scheidenzerreißung erlittenen Shok und die folgende Bauchfellentzündung zurückgeführt werden muß, ist ohne weiteres klar. Wie aber war die Zerreißung entstanden?

Die anfänglich geäußerte Vermutung, der Mann habe diese durch einen Fußtritt gegen den Unterleib der Frau veranlaßt, erwies sich als ganz unhaltbar. Abgesehen davon, daß kein Zeuge die Mißhandlung bekunden konnte, stand fest, daß die Frau sich bis kurz vor dem Auftreten der Wehen wohlgefühlt hatte. Dann aber war sie nicht mehr unbeobachtet geblieben. Hätte ein Fußtritt die Zerreißung bewirkt, so hätten auch die Erscheinungen alsbald eintreten müssen und nicht erst viele Stunden später. Es fehlte auch jeder Blutaustritt in die Bauchdecken, der doch nach solchem Trauma wahrscheinlich gewesen wäre.

Dagegen lag die Annahme nahe, daß eine der bei der Entbindung tätigen Personen die Verletzung veranlaßt hätte. Die Hebamme und vollends der Arzt scheiden hier aus, da als festgestellt angesehen werden kann, daß bereits beim Erscheinen der ersteren die Symptome der Zerreißung bestanden. Es lag daher der Verdacht nahe, die Nachbarin Frau N. habe durch rohes Vorgehen die Scheide durchbohrt oder mindestens die bereits stark gespannte Scheide zum Einreißen gebracht. Der Riß war gerade von der Breite einer Hand. Kurz nach der Untersuchung durch Frau N., wenn nicht unmittelbar darauf muß das Unglück geschehen sein.

Für unser endgültiges Urteil im motivierten Gutachten waren uns die Ausführungen in Fritschs gerichtsärztlicher Geburtshilfe S. 171—172 wertvoll. Danach sind weder die Größe noch der Sitz des Risses für die Beurteilung der Entstehung allein maßgebend; Scheidenrupturen können vielmehr auch spontan entstehen. Diese Möglichkeit lag hier um so näher, wenn man sich die Beckenverhältnisse und die Kindeslage vergegenwärtigt. Das Becken war zweifellos erheblich verengt; die Conjugata vera 3 cm zu kurz, dabei das Kind kräftig entwickelt. Bezüglich der Kindeslage widersprachen sich die Angaben der Hebamme mehrfach in bedenklichem Grade. Während sie dem Arzte schriftlich eine Schädellage meldet, gibt sie später an, der Kopf habe „hoch oben“ gestanden. Für diesen Widerspruch vermochte sie keine genügende Erklärung abzugeben. Ebenso unsicher sind ihre Angaben über die Weite des Muttermundes. Viel wichtiger sind hier die Beobachtungen des Arztes. Eine Blutung war weder während der Schwangerschaft noch während der Geburt eingetreten, womit es übereinstimmt, daß die Placenta nach dem Obduktionsbefunde an richtiger Stelle inseriert war. Wenn sie trotzdem bei der Entbindung vorlag, so muß dies darauf zurückgeführt werden, daß nach dem Riß die Zusammenziehungen des seines Haltes einseitig beraubten Uterus anders als sonst auf die Loslösung der Placenta wirkten. Diese konnte aber in die Scheide nur gelangen, wenn der vorliegende Kindesteil den erweiterten Muttermund nicht völlig abschloß, wie dies bei Beckenendlagen oder gar Schräg- oder Querlagen geschieht. Eine solche regelwidrige Lage muß nach der Aussage des Arztes bestanden haben.

Wir mußten daher im Gutachten die Möglichkeit zwar zugeben, daß eine verfehlte geburtshilfliche Manipulation der Frau N. den Scheidenriß verursacht haben konnte, jedoch mit dem Hinzufügen, daß dies nach den Ermittelungen keineswegs als erwiesen gelten könne, daß vielmehr nach der gesamten Lage des Falles eine spontane Entstehung des Risses als Folge einer regelwidrigen Lage des Kindes bei verengtem Becken nicht unwahrscheinlich sei.

Die Bedeckung offener Brunnen.

Von Dr. med. **Karl Opitz**, Kreisarzt in Peine.

Es herrscht bei allen Hygienikern Einigkeit in dem Punkte, daß ein Brunnen, der ein einwandfreies Trinkwasser liefern soll, vollkommen dicht bedeckt sein muß; sobald irgendwelche Verunreinigungen wie Staub, Insekten oder gar größere Tiere und ähnliches in das Wasser gelangen können, hört es auf, als einwandfrei zu gelten, weil die Möglichkeit gegeben ist, daß mit den unkontrollierbaren Verunreinigungen auch Krankheitserreger in das Wasser gelangen können.

Wenn man nun auf dem Lande anordnen will, daß ein bisher offener Brunnen bedeckt werden soll, so stößt man gar nicht selten auf lebhaften Widerspruch: „Wenn das Wasser nicht ausdünsten kann, ist es nicht zu trinken!“ Diese Behauptung kehrt so häufig wieder, daß sie nicht bloß der Ausfluß des physiologischen Widerstandes gegenüber behördlichen Anordnungen sein kann; es ist ein Aberglaube, der wie aller Volksglaube sicher ein Körnchen Wahrheit enthält. Was ist an diesem Einwand berechtigt?

Die wissenschaftlichen Werke über Wasserversorgung und Wasseruntersuchung lassen uns in dieser Frage vollkommen im Stich; sie geben zwar an, wie man einen Brunnen, eine Quellstube, einen Hochbehälter so lüften kann, daß trotzdem eine Verunreinigung des Wassers nach Möglichkeit vermieden wird; weshalb aber solche Lüftungsvorrichtungen vorhanden sein müssen, ist nirgends gesagt. Für ländliche Brunnen, die möglichst billig und vor allem einfach sein müssen, kommen aber solche Lüftungsvorrichtungen nur wenig in Betracht.

Es ist deshalb wichtig, zu wissen, ob der angeführte Volksglaube seine Berechtigung hat oder nicht? Gibt es tatsächlich Fälle, in denen man die Benutzung eines offenen Brunnens gestatten muß, weil derselbe Brunnen in geschlossenem Zustande ein schlechteres Wasser liefert, als in offenem?

Da der fragliche Einwand nur von Laien erhoben wird, können es nur die ohne wissenschaftliche Untersuchungen festzustellenden Eigenschaften, die sogenannten physikalischen, sein, die sich durch eine Bedeckung des Brunnens ändern sollen: Klarheit, Farbe, Geruch, Geschmack und Temperatur des Wassers.

Die Temperatur des Wassers muß unbedingt bei geschlossenen Brunnen wesentlich gleichmäßiger sein, als bei offenen; bei letzteren kann man sogar im Winter gar nicht selten eine Eisschicht auf der Oberfläche beobachten; dies ist ausgeschlossen bei einem bedeckten Brunnen, dessen Wasser im Winter wie im Sommer die Temperatur des umgebenden Erdreichs aufweist. Eine solche durch die Bedeckung gewährleistete Kühle des Wassers im Sommer und Wärme im Winter ist ein Vorteil des bedeckten gegenüber dem offenen Brunnen.

Auch bezüglich der vier anderen physikalischen Eigen-

schaften hat eine Bedeckung des Brunnens bei der Mehrzahl der Wässer keinen ungünstigen Einfluß; die Vorteile einer solchen, die auf der Hand liegen, sind bekannt und brauchen nicht aufgeführt zu werden. Aber es gibt tatsächlich gewisse Grundwässer, die nicht genießbar sind, ohne daß sie bestimmte Substanzen an die Luft abgegeben oder aus ihr aufgenommen haben, wobei natürlich in erster Linie gasförmige Stoffe in Betracht kommen.

Als solche sind, abgesehen von zufälligen, besonders von Gewerbebetrieben stammenden Beimengungen, die bei der vorliegenden allgemeinen Besprechung natürlich unberücksichtigt bleiben müssen, drei von Wichtigkeit: Sauerstoff, Kohlensäure, Schwefelwasserstoff.

Der Sauerstoff ist im Wasser indifferent bezüglich dessen physikalischer Beschaffenheit; er kann den Geschmack und Geruch, sowie das Aussehen direkt weder verbessern, noch verschlechtern, wohl aber infolge Oxydation gewisse Bestandteile des Wassers, vor allem Eisen und organische Substanzen, so verändern, daß dadurch die Beschaffenheit des Wassers erheblich beeinflußt wird; darüber wird weiter unten gesprochen werden.

Kohlensäure ist in fast allen Wässern vorhanden, nicht immer frei, aber fest oder halbfest gebunden, vor allem an Calcium und Magnesium. Kommt ein freie Kohlensäure enthaltendes Wasser mit der Luft in Berührung, wie dies ja in einem offenen Brunnen der Fall sein muß, so entweicht nicht nur die freie, sondern auch ein Teil der halbgebundenen Kohlensäure; es fallen dann geringe Mengen des bisher gelösten Calciumbicarbonats als unlösliches Monocarbonat zu Boden. Dadurch kann ein Wasser etwas weicher werden, aber es handelt sich stets nur um ganz unwesentliche Mengen. Jedenfalls ist dieser Vorgang dem Landmann, der seinen Brunnen nicht bedecken lassen will, sicher nicht bekannt.

Bedecke ich nun einen solches Wasser führenden Brunnen luftdicht, so wird sich der Hohlraum des Brunnenkessels über dem Wasser in kurzer Zeit mit einer Atmosphäre füllen, die neben Stickstoff hauptsächlich Kohlensäure enthält. Wird dann ein solcher Brunnen gelegentlich einmal, etwa um eine Ausbesserung vorzunehmen, geöffnet, und steigt eine Person in ihn hinab, so wird sie in der Kohlensäureatmosphäre bewußtlos werden und ersticken, beziehentlich ertrinken. Diese Beobachtung, daß die Ausdünstungen des Wassers giftig sind, ist der Grund für die Annahme, daß ein Wasser, das solche Gifte nicht ausdünsten kann, schädlich wirken müsse. Aber das Gegenteil ist der Fall: Ein Wasser ist um so schmackhafter, je mehr Kohlensäure es enthält; gibt ein offener Brunnen einen Teil derselben ab, so kann der Geschmack sich dadurch sicher nicht verbessern, sondern höchstens verschlechtern.

Anders liegen die Verhältnisse beim Schwefelwasserstoff: er ist bereits in kleinen Mengen geeignet, Uebelkeit hervor-

zurufen und ein Wasser vollkommen genußunfähig zu machen. Läßt man ein Schwefelwasserstoff führendes Wasser nur kurze Zeit offen an der Luft stehen, so verdunstet er; es bleibt ein geruchloses Wasser zurück, das, soweit nicht etwa andere schmeckende Beimengungen vorhanden sind, keinen üblen Geschmack hat. Wir haben hier also tatsächlich einen Fall, in dem ein Wasser aus einem geschlossenen Brunnen ungenießbar ist, während es aus dem offenen Brunnen wohlschmeckend war.

Die Stellungnahme des Hygienikers diesem Falle gegenüber ist verschieden, je nach der Herkunft und damit der gesundheitlichen Bewertung des Schwefelwasserstoffs; denn dieser kann aus zwei verschiedenen Quellen stammen, aus der Zersetzung von Schwefeleisen oder aus Fäulnisvorgängen in organischen Substanzen.

Gesundheitlich ziemlich gleichgültig ist der in der norddeutschen Tiefebene nicht selten zu findende Schwefelwasserstoff, der durch Zersetzung von Schwefeleisen entsteht; der Genuß solchen Wassers ist unbedenklich, sobald der Geruch verschwunden ist. In solchen Wässern ist aber auch stets Eisen vorhanden, und dies erleidet unter dem Einfluß der Luft Veränderungen, die das Wasser eines geschlossenen Brunnens gleichfalls schlechter erscheinen lassen, als das eines offenen. Wasser, welches Eisenoxydul gelöst enthält, sieht, wenn es die wasserführende Sandschicht verläßt, klar und farblos aus; wenn es aber mit dem Sauerstoff der Luft in Berührung kommt, oxydiert sich das Oxydul zu unlöslichem Eisenoxydhydrat, das sehr bald ausfällt, das Wasser trübt und gelb färbt. Nach einiger Zeit senkt sich das Eisenoxydhydrat (Ocker) zu Boden, das darüberstehende Wasser wird wieder klar und farblos, und bleibt auch dauernd so.

In diesem letzteren Dauerzustand befindet sich das Wasser eines offenen Kesselbrunnens; durch den reichlichen Luftzutritt und durch die katalytische Oxydationswirkung des zu Boden gesunkenen Ockers wird das neu in den Brunnen eintretende Wasser sofort enteisent, so daß bei einer nicht zu starken Wasserentnahme der ganze Vorrat im Brunnen aus einem klaren, farblosen, eisenfreien Wasser besteht, das seine guten Eigenschaften nicht mehr ändert und nebenbei auch nicht nach Schwefelwasserstoff riecht.

Decke ich nun einen solchen Brunnen zu, so kann keine Luft, also auch kein Sauerstoff mit dem Wasser in Berührung kommen, das Eisen bleibt infolgedessen als Oxydul gelöst und der Schwefelwasserstoff kann nicht entweichen; die Pumpe wird ein Wasser hervorbefördern, das folgende Eigenschaften hat: Es ist klar und farblos, riecht aber nach Schwefelwasserstoff; es ist also nicht trinkbar. Läßt man es stehen, so wird es trüb und gelb und erst recht ekelerregend; es verschmutzt alle Gefäße, macht die Wäsche stockfleckig. Ist es nach mehrtägigem Stehen unter Abscheidung eines gelbbraunen Bodensatzes wieder klar, farblos und geruchlos geworden, so ist es

abgestanden und fade. Tatsächlich hat in diesem Falle die Bedeckung des Brunnens das erst offenbar gute Wasser unbrauchbar gemacht.

Aber trotzdem kann und muß man in einem solchen Falle die Abdeckung eines Brunnens unbedingt fordern; denn es ist nicht schwer, mit einer einfachen Enteisenungsanlage alle Fehler des Wassers (Geruch nach Schwefelwasserstoff, schlechter, tintiger Geschmack nach Eisen, Trübung und Färbung durch ausgeschiedenes Eisen) zu beseitigen.

Wesentlich anders ist der Schwefelwasserstoff zu bewerten, der ein Fäulnisproduckt ist. Ein Brunnen, der ein durch faulende organische Stoffe verunreinigtes Wasser enthält, wird für Wirtschafts- und Genußzwecke überhaupt nicht verwendet werden dürfen; es kann also ganz gleichgültig sein, ob er in geschlossenem Zustande noch schlechteres Wasser liefern würde, als in unbedecktem. Genau das gleiche gilt betreffs aller anderen, den Geruch und den Geschmack beeinflussenden Beimengungen, die organischer Natur sind, und wegen dieses ihres bedenklichen Ursprungs ohne weiteres die Verwendbarkeit des Wassers zu Genußzwecken ausschließen. Es ist richtig, daß solche Stoffe sich viel weniger unangenehm bemerkbar machen, wenn ein Brunnen offen ist, da sie dann mit Hilfe der in einem solchen Brunnen lebenden Organismen durch Oxydation abgebaut werden können; aber hygienisch zulässig wird ein solches Wasser nie. Auf dem Lande erfreut es sich indessen einer gewissen Beliebtheit; denn solches Wasser hat häufig einen pikanten Beigeschmack, der von den Verunreinigungen fäkaler Natur herrührt, ebenso wie auch die Milch durch ihren Gehalt an Kuhkot würziger wird und die vollkommen aseptisch gemolkene Milch das gewohnte Aroma vermissen läßt.

Soweit andere Stoffe, außer Eisen, organischen Substanzen und den gasförmigen Bestandteilen, die physikalische Beschaffenheit eines Wassers beeinflussen, ist ein Unterschied zwischen einem bedeckten und einem offenen Brunnen nicht zu erkennen; vor allem trifft dies auch bezüglich des dumpfen Geruchs von Moorwässern zu, den diese trotz langer Berührung mit der Luft nicht verlieren.

Es gibt also bei Brunnen, soweit diese überhaupt ein zu Trinkzwecken zulässiges Wasser führen, keinen Fall, in dem man gezwungen wäre, von der Forderung einer dichten Bedeckung abzugehen, weil das Wasser durch diese verschlechtert würde. Bei stärker eisenhaltigen Wässern wird allerdings die Beschaffung einer genügenden Enteisenungsvorrichtung erforderlich werden; in allen anderen Fällen werden aber die abergläubischen Bedenken der Landbewohner durch den Erfolg widerlegt werden.

Die Neuorganisation des bezirksärztlichen Dienstes[1]).

Von Dr. **Gebhardt,** Bezirksarzt im Staatsministerium des Innern[2]).

Mit dem Erlaß der Dienstanweisung für die Bezirksärzte ist die Neuorganisation des bezirksärztlichen Dienstes als abgeschlossen anzusehen. Es erscheint deshalb ein kurzer historischer Rückblick und eine Betrachtung der durch die Neuorganisation gegebenen Verhältnisse angezeigt. Dabei sollen nur jene Punkte, die auch für die praktischen Aerzte von Interesse sind, etwas eingehender besprochen werden.

Durch das organische Edikt über das Medizinalwesen im Königreiche Bayern vom 8. September 1808 wurde für jedes Landgericht ein eigener Landgerichtsarzt und für jede größere Stadt, in der ein eigenes Stadtgericht bestand, ein eigener Stadtgerichtsarzt aufgestellt, so daß von jener Zeit an „auch nicht der kleinste Distrikt im Königreiche war, der nicht seinen Gerichtsarzt besaß“.

In dem Edikt wurden die Rechte und Dienstesaufgaben der Gerichtsärzte im allgemeinen festgelegt; außerdem wurde in Aussicht gestellt, daß „unverzüglich“ umfassende, die Rechte und Obliegenheiten genauer bestimmende Dienstinstruktionen entworfen werden sollen. Diese letztere Zusage wurde nicht erfüllt; die auf die Gerichtsärzte bezüglichen Vorschriften finden sich vielmehr in den verschiedenen Amtsblättern und Ministerialentschließungen zerstreut.

Die nach dem organischen Edikt aufgestellten Gerichtsärzte nahmen eine ziemlich selbständige Stellung ein, insbesondere war ihnen die Aufsicht über das ganze medizinische Personal einschließlich der Tierärzte übertragen.

Die nächste Regelung erfolgte durch die Verordnung vom 21. April 1862. Damals wurde für jedes Bezirksgericht ein Bezirksgerichtsarzt, für jedes Bezirksamt ein Bezirksarzt I. Klasse und für jedes Landgericht, in dessen Gerichtssprengel sich nicht bereits ein Bezirksarzt I. Klasse befand, ein Bezirksarzt II. Klasse aufgestellt. Durch die Verordnung vom 25. Januar 1869 wurde weiter bestimmt, daß die Aufstellung von Bezirksärzten II. Klasse nur mehr erfolgen solle, wenn ein besonderes Bedürfnis vorhanden wäre. Ihr Dienst ging im allgemeinen an die Bezirksärzte I. Klasse über. Nur für dringende amtliche Geschäfte, welche die Beiziehung des auswärts wohnenden Bezirksarztes I. Klasse nicht angemessen erscheinen ließen, wurde an jenen

---

[1]) Zu den in der heutigen Beilage der Zeitschrift abgedruckten Verordnungen vom 9. Januar 1912 über den amtsärztlichen Dienst bei den Distriktsverwaltungsbehörden und den Gerichten, vom 9. Januar 1912 über die Meldepflicht der Aerzte und Zahnärzte, zu den Ministerialbekanntmachungen vom 23. Januar 1912 über den bezirksärztlichen Dienst, vom 11. Januar 1912 über die Musterung der Apotheken, Ministerialentschließungen vom 15. Januar 1912 über die Qualifikation zum ärztlichen Staatsdienst und vom 24. Januar 1912 über die Jahresberichte der Bezirksärzte.

[2]) Abdruck mit Erlaubnis des Verfassers und der Redaktion aus Nr. 7 Jahrgang 1912 der Münchener mediz. Wochenschrift.

Landgerichten, in deren Gerichtssprengel sich nicht der Sitz eines Bezirksarztes I. Klasse befand, ein Stellvertreter des Bezirksarztes aus der Reihe der dort befindlichen und hiezu tauglichen Aerzte aufgestellt. Ein Titel wurde diesen Aerzten in der Verordnung selbst nicht eingeräumt; allmählich bürgerte sich jedoch auch in der Amtssprache der Titel „bezirksärztlicher Stellvertreter" ein.

Die Verordnung vom 3. September 1879 setzte an Stelle der Bezirksgerichtsärzte die Landgerichtsärzte, bezüglich der Bezirksärzte und der Stellvertreter bei den Amtsgerichten, in deren Sprengel sich nicht ein Bezirksarzt I. Klasse befand, blieb es bei den früheren Bestimmungen.

Die Verordnung vom 9. Januar 1912 kennt, da inzwischen der letzte Bezirksarzt II. Klasse in den Ruhestand versetzt wurde, keine zwei Klassen von Bezirksärzten mehr und bestimmt, daß in der Regel bei jeder Distriktsverwaltungsbehörde (Bezirksamt oder kreisunmittelbare Stadt) ein Bezirksarzt aufzustellen ist. Ausnahmsweise kann ein Bezirksarzt für mehrere Distriktsverwaltungsbehörden aufgestellt oder ein Landgerichtsarzt zugleich mit der Wahrnehmung des bezirksärztlichen Dienstes betraut werden. Bei Bedarf werden bei einer Distriktsverwaltungsbehörde mehrere Bezirksärzte aufgestellt oder den Bezirksärzten Hilfsärzte beigegeben.

An denjenigen Amtsgerichten, an deren Sitz sich weder ein Landgerichtsarzt noch ein Bezirksarzt befindet, bleiben die zurzeit aufgestellten bezirksärztlichen Stellvertreter zunächst noch aufrecht erhalten; bei Erledigung der Stelle wird in der Regel nur zur Wahrnehmung der nach der Hausordnung für die Gerichtsgefängnisse obliegenden Dienstgeschäfte ein praktischer Arzt in widerruflicher Weise bestellt werden. Von der in der Verordnung vorgesehenen Möglichkeit, solchen Aerzten auch die Besorgung von Geschäften des amtsärztlichen Dienstes bei den Distriktsverwaltungsbehörden dauernd zu übertragen, wird in Zukunft voraussichtlich nur ausnahmsweise Gebrauch gemacht werden, vielmehr wird allmählich der Dienst der bisherigen bezirksärztlichen Stellvertreter mit Ausnahme des gefängnisärztlichen Dienstes an die Bezirksärzte übergeben; die Bezirksärzte werden dadurch in die Lage versetzt werden, den gleichmäßigen Vollzug der gesundheitspolizeilichen Maßnahmen im ganzen Bezirke zu überwachen. Für jene Aerzte, die in bezug auf den Dienst bei den Amtsgerichtsgefängnissen die bezirksärztlichen Stellvertreter ersetzen, ist in der Verordnung ein Titel nicht vorgesehen; ihrer Tätigkeit entspräche am besten die Bezeichnung „Gefängnisarzt".

Zum Gefängnisarzt können die beteiligten Staatsministerien ausnahmsweise auch einen Arzt wählen, der die Bedingungen für die Anstellung im Staatsdienst nicht erfüllt hat.

Die Anstellung als Amtsarzt oder Hilfsarzt setzt dagegen stets voraus: a) die erfolgreiche Ablegung der Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst und b) die Erfüllung der zum Nachweise

entsprechender Fortbildung nach dem Bestehen der Prüfung vom Staatsministerium des Innern im Benehmen mit dem Staatsministerium der Justiz vorgeschriebenen Bedingungen.

In letzterer Beziehung war bisher die Erstattung von Jahresberichten vorgeschrieben. Diese Jahresberichte wurden von den praktischen Aerzten vielfach als Belästigung empfunden. Die Klagen richteten sich dagegen, daß es den meisten Aerzten an Stoff mangle und daß die Ausarbeitung und Einsendung in den Jahresbeginn, d. h. in eine Zeit falle, in der die Aerzte gewöhnlich durch die Praxis und Regelung wichtiger Privatangelegenheiten sehr in Anspruch genommen sind.

An Stelle der Jahresberichte soll künftig die Bearbeitung von Fragen treten, die vom Staatsministerium des Innern vornehmlich aus dem Gebiete der sozialen Gesundheitspflege in 2—3jährigen Zwischenräumen gestellt werden. Für die Beantwortung der Fragen wird genügend lange Zeit gelassen und als Einsendungstermin eine günstige Zeit (Sommer) gewählt werden; es können somit die von den praktischen Aerzten und Aerztekammern geäußerten Wünsche als erfüllt gelten.

Die Anstellung im Staatsdienst ist außer von den vorher erwähnten Bedingungen selbstverständlich noch abhängig von einer genügenden Qualifikation (siehe bei Nr. 17).

Bei Beurlaubung oder Erkrankung eines Bezirksarztes stellt die Regierung einen Vertreter, bei Erledigung einer Bezirksarztstelle einen Verweser auf. Als Vertreter oder Verweser kommen der Reihe nach in Betracht: ein am gleichen Orte befindlicher Bezirksarzt, ein dem Bezirksarzte zugeteilter geeigneter Hilfsarzt, ein am gleichen Orte befindlicher Landgerichtsarzt, ein benachbarter Bezirksarzt oder ein praktischer Arzt, der womöglich aus den für den Staatsdienst geprüften Aerzten zu wählen ist. Bei Beurlaubung von über 6 Wochen und bei Erkrankungen oder Erledigungen, die voraussichtlich länger als 6 Wochen dauern, hat die Regierung von der Aufstellung eines benachbarten Bezirksarztes als Vertreter oder Verweser abzusehen und einen praktischen Arzt aufzustellen. Praktische Aerzte, die von der Regierung als Vertreter oder Verweser bestellt werden, beziehen die Gebühren des Bezirksarztes und eine Bauschsumme in der Höhe von 150—200 M. für den Monat.

Diese Bestimmung schließt nicht aus, daß ein Bezirksarzt für die Zeit seines Urlaubs oder einer Erkrankung, selbst wenn zunächst ein Amtsarzt als Vertreter in Betracht käme, mit einem praktischen Arzte, der ihn in der Privatpraxis vertritt, auch bezüglich der dienstlichen Vertretung ein Uebereinkommen trifft. Voraussetzung ist nur, daß der Arzt eine Vergütung aus der Staatskasse für die Vertretung nicht beansprucht und von der Regierung für geeignet erachtet wird.

Die Ausübung der Privatpraxis ist den Bezirksärzten gestattet, soweit sie mit der gewissenhaften Erfüllung der Dienstaufgaben vereinbar ist. Zur Uebernahme der Stelle

eines Krankenhausarztes oder Kassenarztes ist jedoch stets die Genehmigung der Regierung erforderlich. Die Genehmigung ist widerruflich. Die Abgabe von außergerichtlichen Gutachten (für Organe der Arbeiterversicherung usw.) ist den Bezirksärzten nur gestattet, soweit ihnen die Privatpraxis erlaubt ist.

Die Qualifikation der Bezirksärzte erfolgt durch die Regierung.

Die Bezirksärzte haben für den dienstlichen Verkehr mit den Bezirksangehörigen bestimmte Sprechstunden abzuhalten. Die Bezirksärzte bei den Bezirksämtern haben die Sprechstunden auf die Amtstage der Bezirksämter zu verlegen; sie können bei Bedarf auch auswärtige Sprechstunden in Verbindung mit den auswärtigen bezirksamtlichen Amtstagen abhalten. Im übrigen bleibt die Festsetzung der Sprechstunden den Bezirksärzten überlassen.

Für auswärtige Dienstreisen in Verwaltungsangelegenheiten, für welche die Kosten nicht von Privaten getragen werden, erhalten die Bezirksärzte eine Bauschsumme, deren Höhe zurzeit durchschnittlich 270 M. beträgt.

Dienstesaufgaben der Bezirksärzte im allgemeinen.

a) Zur selbständigen Erledigung sind den Bezirksärzten folgende Verwaltungsgeschäfte übertragen:

Die Ueberwachung der Hilfspersonen im Gesundheitswesen (des Apothekenpersonals, der Hebammen, Bader, Desinfektoren, Krankenpfleger) in bezug auf die technische Seite ihrer Berufsausübung,

die Musterung der Apotheken, Drogerien und Gifthandlungen,

die Ueberwachung der Kurpfuscher in bezug auf die technische Seite der Gewerbeausübung,

die gesundheitliche Ueberwachung der Pflegekinder, der nicht in öffentlichen Anstalten untergebrachten Gebrechlichen und Geisteskranken,

die Ermittelungen und vorläufigen unverschieblichen Anordnungen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.

Im Bereiche dieser Aufgaben können die Bezirksärzte selbständige Anordnungen treffen. Sie werden die Hilfe der Distriktsverwaltungsbehörden erst dann in Anspruch nehmen, wenn ihre Anordnungen nicht befolgt werden.

b) Im übrigen bestehen die wesentlichsten Dienstesaufgaben der Bezirksärzte in:

der Beratung und Unterstützung der Gemeinde- und Distriktsverwaltungsbehörden auf dem Gebiete des Gesundheitswesens, insbesondere bei der Ueberwachung des Vollzugs der einschlägigen Gesetze, Verordnungen und Verwaltungsanordnungen,

der Beratung und Unterstützung sonstiger öffentlicher Behörden und Beamten auf dem Gebiete des Gesundheitswesens nach den hierüber bestehenden besonderen Vorschriften.

der Ausstellung von amtsärztlichen Zeugnissen, Gutachten und Bescheinigungen,

der Wahrnehmung des amtsärztlichen Dienstes bei den Amtsgerichten,

der Vornahme der öffentlichen Impfung,

der Vornahme ärztlicher Untersuchungen an Stelle der Militärärzte nach den hierüber bestehenden besonderen Vorschriften,

der Leistung ärztlicher Hilfe in Notfällen.

Dienstesaufgaben der Bezirksärzte im einzelnen.

1. Gemeindebereisungen. Die Bezirksärzte haben künftig alle Gemeinden ihrer Bezirke in ähnlicher Weise wie die Beamten des Bezirksamts in angemessenen, in der Regel dreijährigen, Zwischenräumen zu bereisen und dabei die in Betracht kommenden Anstalten (für Arme, Gebrechliche, Kranke, Unterrichts- und Erziehungsanstalten), gesundheitlichen Einrichtungen (öffentliche Trinkwasserversorgungs-, Kanalisationsanlagen, Bäder, Friedhöfe), Geschäftsbetriebe (der Bader, die Drogerien, Gifthandlungen, Nahrungs- und Genußmittelgeschäfte) und Personen (Hebammen, Pflegekinder, Geisteskranke, Gebrechliche, Desinfektoren) zu besuchen.

Dadurch werden die Bezirksärzte in weit höherem Maße als bisher in die Lage versetzt, sich mit den Gesundheitsverhältnissen des Dienstbezirkes durch persönliche Anschauung vertraut zu machen, auf die Bevölkerung aufklärend und belehrend einzuwirken und Maßnahmen zur Abstellung von Mängeln anzuregen.

2. Ortsgesundheitspflege. Die Bezirksärzte haben beim Vollzuge des Wassergesetzes (Einleitung schädlicher Stoffe in Wasserläufe) mitzuwirken und die Beseitigung der Abfallstoffe (Kanalisationsanlagen, Aborte, Dungstätten, Kläranlagen) zu überwachen.

Sie geben ihr Gutachten bei Festsetzung von Baulinien, Aufstellung von Bebauungsplänen, Bescheidung von Baugesuchen ab, wirken bei der Wohnungsaufsicht mit und haben alle auf Verbesserung des Wohnungswesens abzielenden Bestrebungen zu fördern.

Sie müssen endlich auf Verbesserung mangelhafter Trinkwasserversorgungsanlagen dringen und die öffentlichen Anlagen dieser Art regelmäßig besichtigen.

3. Oeffentliche Bäder und Kurorte. Die Bezirksärzte sollen die Errichtung von öffentlichen Bade- und Schwimmanstalten, von Volks- und Schulbädern fördern und haben die Kurorte und ihre Einrichtungen zu überwachen.

4. Unterrichts- und Erziehungsanstalten. Bei Errichtung neuer Anstalten haben die Bezirksärzte wie bisher den Bauplatz zu untersuchen und die Baupläne zu prüfen. Sie haben sämtliche Anstalten ihres Bezirks unvermutet in regelmäßigen Zwischenräumen zu besichtigen. Die Besichtigung

findet bei den humanistischen und technischen Mittelschulen sowie bei den Lehrerbildungsanstalten jährlich, bei den übrigen Anstalten mindestens alle 3 Jahre statt. Bei den Besichtigungen ist auch der allgemeine Ernährungs- und Gesundheitszustand der Schüler zu beachten. Soferne ein besonderer Anlaß gegeben ist, sollen einzelne Schüler einer ärztlichen Untersuchung unterzogen werden. Die Prüfung des Gesundheitszustandes der Schüler entfällt in öffentlichen Schulen, wenn ein eigener Schularzt aufgestellt ist. Die Bezirksärzte haben endlich alle die Gesundheit der Schüler (Zöglinge) fördernden Maßnahmen (Ferienkolonien, Kinderspeisungen, Turnspiele, Zahnpflege bei Schulkindern usw.) zu unterstützen.

5. Verkehr mit Arzneimitteln und Giften. Die Bezirksärzte beraten die Distriktsverwaltungsbehörden bei Gesuchen um die Bewilligung zur Errichtug und Verlegung von Apotheken. Sie haben sämtliche Apotheken ihres Bezirks alljährlich selbständig zu mustern. Die Musterung erstreckt sich auf das Apothekenpersonal, die Geschäftsführung, die Betriebsräume und ihre Einrichtung und auf die Arzneimittel. Die früher vorgeschriebene Prüfung der Arzneivorräte durch Reagentien ist weggefallen, dagegen ist auf die Prüfung der Ordnung und Reinlichkeit im Betriebe größerer Wert gelegt. Ueber das Ergebnis ist nur mehr eine kurze Niederschrift anzufertigen, in die außer dem Stande des Personals und einer Aeußerung über die Ordnung und Reinlichkeit nur die etwa vorgefundenen Beanstandungen aufgenommen werden. In längeren, höchstens 5jährigen Zwischenräumen wird den Bezirksärzten zur Musterung der Apotheken von den Regierungen ein Apotheker beigegeben. Bei diesen gemeinschaftlichen Musterungen ist von dem Apotheker auch die chemische Prüfung der Arzneimittel vorzunehmen.

Die Drogerien und Gifthandlungen sind alle 3 Jahre von den Bezirksärzten selbständig zu mustern. Außerdem haben die Bezirksärzte noch jene Personen, die um die Genehmigung zum Handel mit Giften nachsuchen, daraufhin zu prüfen, ob sie die nötige Zuverlässigkeit in bezug auf den Gewerbebetrieb besitzen.

6. Gewerbe. Die Bezirksärzte haben bei Gesuchen um die Bewilligung zur Errichtung solcher gewerblicher Anlagen, die einer besonderen Genehmigung bedürfen (z. B. von Schlächtereien) die erforderlichen Gutachten abzugeben. Sie haben auch darauf zu achten, ob nicht bei bestehenden gewerblichen Anlagen oder in der Hausindustrie sich gesundheitliche Nachteile bemerkbar machen und haben die Gewerbeaufsichtsbeamten, vor allem den Landesgewerbearzt in ihrer Tätigkeit zu unterstützen.

7. Verkehr mit Nahrungs- und Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen. Die Bezirksärzte sollen die Geschäfte, die sich mit dem Verkaufe von Nahrungs- oder Genußmitteln befassen, von Zeit zu Zeit einer Besichtigung vor

allem in bezug auf die Reinlichkeit im Geschäftsbetrieb unterziehen und die übrigen mit der Ueberwachung der Verkehrs mit Nahrungs- und Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen betrauten Beamten unterstützen.

8. Volksernährung, Alkoholmißbrauch. Die Bezirksärzte haben die allgemeinen Ernährungsverhältnisse der Bevölkerung ihres Bezirks zu erforschen. Sie sollen den Landwirten von einer übermäßigen gewerblichen Verwertung der Naturprodukte (Milch) abraten und den Alkoholmißbrauch hauptsächlich durch Belehrung der Bevölkerung bekämpfen.

9. Uebertragbare Krankheiten. Die Bezirksärzte haben schon in seuchefreien Zeiten dafür zu sorgen, daß die zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten nötigen Einrichtungen (Absonderungsräume, Desinfektionseinrichtungen usw.) bereit stehen.

Beim Ausbruche übertragbarer Krankheiten haben sie selbständig die vorgeschriebenen Ermittelungen an Ort und Stelle vorzunehmen und die zur Verhütung der Weiterverbreitung der Krankheiten notwendigen Maßnahmen zum Teil selbst anzuordnen, zum Teil bei der zuständigen Behörde zu beantragen.

Besondere Aufmerksamkeit haben die Bezirksärzte der Bekämpfung der Tuberkulose und der übertragbaren Geschlechtskrankheiten zuzuwenden.

10. Oeffentliche Impfung. Die öffentliche Impfung ist wie bisher vorzunehmen. Wenn Impfschädigungen (auch durch Privatimpfungen) gemeldet werden, haben die Bezirksärzte den Sachverhalt, wenn nötig durch Ermittelungen an Ort und Stelle aufzuklären.

11. Leichenschau und Leichenbestattung. Die Bezirksärzte wirken bei Aufstellung der Leichenschauer und Bildung der Leichenschaubezirke mit; sie haben die Laienleichenschauer zu unterweisen und sämtliche Leichenschauer zu beaufsichtigen; nichtärztliche Leichenschauer sind von Zeit zu Zeit nachzuprüfen.

Die Bezirksärzte geben bei Ueberführungen oder Ausgrabungen von Leichen Gutachten ab; sie haben die Friedhöfe und Leichenhäuser zu besichtigen, die Auflassung ungeeigneter, überfüllter Friedhöfe zu beantragen und bei der Errichtung neuer Friedhöfe mitzuwirken.

12. Fürsorge für Kinder. Die Bezirksärzte haben die Ursachen einer auffallend hohen Säuglingssterblichkeit in ihrem Bezirke zu erforschen und die zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit nötigen Maßnahmen durchzuführen.

Sie begutachten die Gesuche um Aufnahme von Pflegekindern und haben die Haltung dieser Kinder durch unvermutete Besuche zu prüfen.

Sie haben ferner bei Durchführung der Zwangserziehung mitzuwirken.

13. Fürsorge für Gebrechliche. Die sog. Gebrechlichen (Blinde, Taubstumme, Krüppel, Schwachsinnige, Epilep-

tische) sind, soweit sie nicht in Anstalten untergebracht sind, von den Bezirksärzten gelegentlich zu besuchen. Die Anstalten für Gebrechliche sind regelmäßigen Musterungen zu unterziehen.

14. Fürsorge für Kranke. Zur Leistung ärztlicher Hilfe sind die Bezirksärzte (auch bei Armen) nur mehr in Notfällen verpflichtet. Die Bestimmung, daß die Bezirksärzte die erkrankten Armen ihres Bezirks unentgeltlich zu behandeln haben, ist somit aufgehoben.

Die Bezirksärzte haben bei nachgewiesenem Bedürfnis freiwillige Sanitätskolonnen, die Landkrankenpflege usw. einzurichten und bestehende Einrichtungen dieser Art zu fördern.

Sie haben bei Gesuchen um die Bewilligung zur Errichtung von Privatkranken- und ähnlichen Anstalten die Distriktsverwaltungsbehörde zu beraten und bei Neubauten von distriktiven oder gemeindlichen Krankenhäusern den Bauplatz und die Baupläne zu prüfen.

Die bestehenden Krankenanstalten sind, soweit sie der Aufsicht der Distriktsverwaltungsbehörden unterstehen, alljährlich von den Bezirksärzten zu besichtigen.

15. Fürsorge für Geisteskranke. Die Bezirksärzte haben die nicht in Irrenanstalten untergebrachten Geisteskranken in angemessenen Zwischenräumen in ihrer Wohnung zu besuchen, die zur Aufnahme von Geisteskranken in Anstalten nötigen amtsärztlichen Gutachten zu erstatten und die Privatirrenanstalten gemeinschaftlich mit den Beamten der Distriktsverwaltungsbehörde alljährlich unvermutet zu besichtigen.

16. Fürsorge für Arme. Die Bezirksärzte sind Mitglieder des Armenpflegschaftsrates der Gemeinde ihres Wohnsitzes und des sog. verstärkten Distriktsratsausschusses, der über die Angelegenheiten der Distriktsarmenpflege zu beraten hat.

Sie haben darauf zu achten, daß die Armen in bezug auf Verpflegung, Bereitstellung ärztlicher Hilfe nicht vernachlässigt werden und die Armenhäuser regelmäßig zu besichtigen.

17. Medizinalpersonen. Die Bezirksärzte nehmen die Anmeldungen der Medizinalpersonen entgegen. Auch Aerzte und Zahnärzte, die sich in Bayern zur Berufsausübung, wenn auch nur vorübergehend niederlassen, haben sich jetzt dem zuständigen Bezirksarzte persönlich anzumelden.

Für alle Medizinalpersonen führen die Bezirksärzte Personenkarten, für die Hebammen besondere Vormerkungsbögen, in denen die für die Tätigkeit dieser Personen belangreichen Tatsachen eingetragen werden. Diese Karten (Vormerkungsbögen) werden beim Wegzug in einen anderen Distriktsverwaltungsbezirk dem für den neuen Aufenthaltsort zuständigen Bezirksarzt übermittelt.

Die Bezirksärzte haben darüber zu wachen, daß die Medizinalpersonen ihre Befugnisse im Berufe nicht überschreiten; sie haben auf Ansuchen von Staatsbehörden, Armenpflegen, Wohltätigkeitsstiftungen die Rechnungen der Medizinalpersonen auf ihre Taxgemäßheit zu prüfen.

a) Aerzte. Die Bezirksärzte sollen mit den praktischen Aerzten wissenschaftliche und persönliche Beziehungen unterhalten und das ärztliche Vereinsleben, soweit dies mit ihrer dienstlichen Stellung vereinbar ist, fördern.

Sie haben die Aerzte, welche die Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst bestanden und das 50. Lebensjahr noch nicht überschritten haben, soferne sie und solange sie eine Anstellung als Amtsärzte anstreben, gemeinsam mit dem Vorstande der Distriktsverwaltungshehörde zu qualifizieren. Die Qualifikation findet alle 2 Jahre, das erstemal 2 Jahre nach dem Bestehen der Staatsprüfung statt. Sie erstreckt sich auf die allgemeine und die Fachbildung, die wissenschaftliche Fortbildung, den schriftlichen und mündlichen Vortrag, das Verhalten im Beruf (gegen arme Kranke) und außerhalb des Berufes, das Benehmen und die Umgangsformen (insbesondere im Verkehre mit Behörden), die Gesundheit und die Tätigkeit im Vereinsleben; daneben werden noch besondere Leistungen, namentlich auf dem Gebiete sozialer Fürsorge (Säuglingsfürsorge, Tuberkulosebekämpfung) berücksichtigt.

Die Bezirksärzte können ältere, nicht im Staatsdienst befindliche Aerzte, die sich durch rege Anteilnahme an gemeinnützigen Bestrebungen verdient gemacht haben, der Distriktsverwaltungsbehörde für eine Auszeichnung in Vorschlag bringen.

b) Apothekenpersonal. Die Bezirksärzte prüfen jene Personen, die als Lehrlinge in eine Apotheke eintreten wollen, auf ihre Eignung zum Berufe; sie haben die Gehilfen beim Eintritte handgelübdlich zu verpflichten und die Ausbildung der Lehrlinge und Gehilfen zu überwachen.

c) Hebammen. Die Bezirksärzte prüfen die Frauen, die sich zur Teilnahme an einem Hebammenlehrgang melden, auf die Eignung zum Beruf und die Fähigkeit zur Teilnahme am Lehrgange.

Bei den praktizierenden Hebammen haben sie die gesamte Berufstätigkeit zu überwachen; zu diesem Zwecke müssen sie die Hebammen an ihrem Wohnsitz besuchen und sie alljährlich einer Nachprüfung unterziehen. Sie können zur besseren Beurteilung der Leistungen der Hebammen von den praktischen Aerzten vertrauliche Gutachten erholen. Sie haben die Regierung durch alljährliche besondere Berichte über den Stand des Hebammenwesens ihres Bezirkes auf dem laufenden zu erhalten und endlich dafür zu sorgen, daß die Hebammen rechtzeitig an Wiederholungslehrgängen teilnehmen.

d) Bader und Krankenpfleger. Die Bezirksärzte haben die Geschäftsbetriebe der Bader von Zeit zu Zeit zu mustern und die Krankenpfleger zu beaufsichtigen.

e) Desinfektoren. Die Bezirksärzte haben dafür zu sorgen, daß in ihren Bezirken Desinfektoren in genügender Zahl vorhanden sind und die Desinfektoren alle 3 Jahre nachzuprüfen.

18. Ausübung der Heilkunde durch Personen ohne staatliche Anerkennung. Die Bezirksärzte haben

hat ebenso wie früher, zwei Abeilungen, je eine für Hygiene mit 8 Sektionen und für Demographie nur eine Sektion. Die Mitgliedsgebühr beträgt 20 Mark, dafür werden die gedruckten Verhandlungen unentgeltlich geliefert.

Vorläufiges Programm. Abteilung I: **Hygiene.** I. Sektion: Hygienische Mikrobiologie und Parasitologie. 1. Paratyphus und verwandte Bazillen, mit Einschluß der Bakteriologie der animalischen Nahrung. — 2. Spezielle oder ausgewählte Züchtungs-Substrate für Mikroorganismen. — 3. Anaphylaxie mit spezieller Beziehung auf Infektionsprozesse. — 4. Filtrierbare Virus-Arten. — 5. Poliomyelitis und andere das Zentralnervensystem affizierende Infektionskrankheiten. — 6. Die Biologie der Ankylostoma duodenale. — 7. Die Bezeichnungen der Mikroorganismen zu ihren Insekt-Wirten. — II. Sektion: Ernährungshygiene und hygienische Physiologie. 1. Die spezifisch-dynamische Wirkung der Nährstoffe. — 2. Ernährung und Wachstum: a) Allgemeine Betrachtungen, b) Ernährungs-Erfordernisse im Kindesalter. — 3. Die Bedeutung der anorganischen Substanzen für die Ernährung des Menschen. — 4. Die physiologische Bedeutung einiger Substanzen für die Konservierung der Nahrungsstoffe. — 5. Die Lehre der Diätetik; a) Preis und Nährwert der Kost, b) Diät und Krankheit, c) Der Einfluß der Bereitung der Nahrungsmittel auf ihren Nährwert. — 6. Die Ventilation in hygienischer Beziehung. — 7. Die hygienische Physiologie der Bewegung. — III. Sektion: Hygiene des Säuglings- und Kindesalters. Hygiene der Schule. 1. Die Hygiene im Hause. — 2. Die Hygiene des Schulkindes. — 3. Die Hygiene des Schulhauses. — 4. Die Hygiene des Unterrichts. — 5. Hygiene mit Bezug auf physische Defekte. — 6. Die Hygiene des Lehrers. — 7. Die Hygiene der in freier Luft sich befindenden Schulen. — 8. Hygiene außerhalb der Schule. — 9. Lokale Hygiene mit Bezug auf Kinder. — 10. Propaganda für die Verbreitung hygienischer Grundsätze zum Nutzen der Kinder. — IV. Sektion: Berufshygiene und Fürsorge für die arbeitenden Klassen. 1. Physiologie und Pathologie der Arbeit und Ermüdung. — 2. Beschäftigungs- und Ermüdungs-Neurosen. — 3. Physiologie und Pathologie der Arbeit in komprimierter Luft. — 4. Die Wirkung intensiver Hitze auf den arbeitenden Körper. — 5. Krankheiten und Unfälle der Bergwerks- und Tunnelarbeiter. — 6. Krankheiten und Unfälle der Metallarbeiter. — 7. Die Gefahren in dem Gebrauche des Quecksilbers in der Industrie. — 8. Industrielle Unfälle und Gewerbekrankheiten in den Vereinigten Staaten. — 9. Sicherheitsmaßregeln und die Verhütung von Unfällen. — 10. Gefährliche Gewerbe oder gefährliche Methoden? — 11. Die Beziehungen des „Bureau of Labor" zur gewerblichen Hygiene. — 12. Hebung der Hygiene der Arbeiterklassen durch die Invalidenversicherung. — 13. Geschlechtsprobleme in der gewerblichen Hygiene. — 14. Alterprobleme in der gewerblichen Hygiene. — 15. Die ökonomische Seite der Ankylostomiasis. — 16. Fabrikationsarbeit in Familien-Wohnhäusern („tenement houses"); deren Ursache, Uebelstände und Heilmittel. — V. Sektion: Bekämpfung der Infektionskrankheiten. 1. Bazillenträger. — 2. Die Bedeutung der Fliegen und anderer Insekten als Träger der Infektionskrankheiten. — 3. Relative Bedeutung der durch die Luft und Berührung verursachten Infektion in der Verbreitung ansteckender Krankheiten. — 4. Die Kontrolle der Desinfektion und der Einfluß infizierter Räumlichkeiten und der infizierten Kleidungs- und Bettstücke auf die Verbreitung verschiedener Infektionskrankheiten. — 5. Die behördliche Kontrolle der Tuberkulose. — 6. Die Rolle der Rinder-Tuberkulose in der Erzeugnng menschlicher Tuberkulose. — 7. Die Rolle der künstlichen Immunität in der Verhütung von Diphtherie, Abdominaltyphus, Pest, Cholera und Tuberkulose. — 8. Sanitäre Maßregeln gegen epidemische Genickstarre. — 9. Aetiologie der Poliomyelitis und die Möglichkeiten ihrer Verhütung. — 10. Das Vorwiegen der Vaginitis Gonorrhoica in Kinderanstalten und ihre Verhütung. — VI. Sektion: Städtische und staatliche Hygiene (einschließlich Hygiene der Häuser, Straßen, der Wasserleitung und der Abfälle; die legislativen und administrativen Funktionen der Sanitätsbehörden). — VII. Sektion: Hygiene des Verkehrs und Transportwesens. 1. Straßenverkehr. — 2. Straßeneisenbahnverkehr. — 3. Eisenbahnbetrieb. — 4. Der Betrieb auf Flüssen und Seen. — 5. Ueberseeischer Betrieb. — VIII. Sektion: Militär-, Schiffs- und Tropen-Hygiene. Militär-Hygiene: 1. Verhütung ansteckender Krankheiten. 2. Instandhal-

tung des Lagers und Uebungsplatzes nach hygienischen Grundsätzen. — Schiffshygiene. — Tropenhygiene. 1. Die Rolle der Insekten in der Uebertragung tropischer Krankheiten. — 2. Verhütung, Immunität und Behandlung tropischer Krankheiten. — 3. Tropische Krankheiten unbestimmten Ursprungs. — 4. Laboratoriums-Methoden in der Untersuchung tropischer Krankheiten.

II. Abteilung: **Demographie.** IX. Sektion: Demographie. 1. Die Entwicklung der Statistik der Bevölkerungsbewegung in den Vereinigten Staaten seit 1900; Maßregeln nötig für die nächste Zukunft. — 2. Fortschritt in der Ermittlung der Sterbetafeln für die Vereinigten Staaten. — 3. Mechanische Methoden in tabellarischer Hinsicht, deren Vorteile und Einschränkungen. — 4. Kindersterblichkeit in den Vereinigten Staaten und in anderen Ländern. — 5. Die Klassifikation der Todesursachen. — 6. Statistische Beweise betreffend Veränderungen in der Sterblichkeit durch Tuberkulose. — 7. Der gegenwärtige Zutand der Kriminalistik in den Vereinigten Staaten und in anderen Ländern. — 8. Die Diagnosen der Todesursachen. — 9. Maßverhältnisse über die Beziehungen zwischen der Beruf und die Gesundheit. — 10. Die statistischen Beweise über die Wirkung der Trunksucht auf die Mortalität. 11. Die Statistik der Verarmung; die Quelle und die Methode. — 12. Die Unfallsstatistik. — 13. Die Wirkung der sozialen und ökonomischen Stellung auf die Sterblichkeit. — 14. Die gegenwärtige Lage der städtischen Statistik der Bewegung der Bevölkerung in den Vereinigten Staaten und in anderen Ländern. — 15. Die technische Erziehung der Demographen. — 16. Die statistischen Ersatzmittel für die Geburtsziffer. — 17. Amerikanische Statistik der Eheschließungen und Ehescheidungen. — 18. Statistische Grundlagen für ein Pensionssystem der Staatsbeamten.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten sind in der Zeit vom 14. bis 27. Januar 1912 erkrankt (gestorben) an: Aussatz, Gelbfieber, Rückfallfieber, Fleckfieber, Pest, Cholera, Tollwut: — (—); Pocken: 4 (—), 5 (—); Milzbrand: 1 (—), 5 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 1 (—), 3 (—); Unterleibstyphus: 212 (23), 172 (19); Ruhr: 3 (—), 1 (—); Diphtherie: 2142 (188) 2048 (155); Scharlach: 1584 (63), 1577 (62); Kindbettfieber: 115 (25), 112 (21); übertragbare Genickstarre: 4 (1), 4 (—); Spinale Kinderlähmung 2 (1), 1 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 93, 83; Tuberkulose (gestorben): 768, 811.

Die **Cholera** ist in Italien seit 14 Tagen völlig erloschen; in der Türkei sind vom 6. bis 21. Januar noch 53 Erkrankungen und 50 Todesfälle zur Anzeige gelangt; in Tunesien vom 22. Dezember 1911 bis 4. Januar d. J. 98 (40); seit dem 10. Januar sollen weder hier noch in Tripolis Choleraerkrankungen vorgekommen sein.

An der **Pest** sind in Aegypten vom 20. bis 26. Januar d. J. 4 Personen erkrankt und 2 gestorben; in Indien während der 4 Wochen vom 10. Dezember v. J. bis 6. Januar d. J: 9951 (8191), 8643 (7189), 9932 (7903) und 11 076 (9114); die letzte Woche zeigt also eine recht erhebliche Zunahme.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. R. in G.: Ist es den Drogisten gestattet Brusttee, St. Germain-Thee pp. ungemischt in sogen. einzelnen Bestandteilen abzugeben mit der Weisung an die Käufer, diese untereinander zu mischen?

Antwort: Nein. Nach dem Verzeichnis A Nr. 4 der Kaiserlichen Verordnung ist die Abgabe von trockenen Gemengen, wozu Brusttee usw. gehören, auch dann dem Drogisten untersagt, „wenn die zur Vermengung bestimmten einzelnen Bestandteile gesondert verpackt sind".

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

wichtige Fragen des Gesundheitswesens erörtern und eine Sammelstelle bilden für alles, was auf dem Gebiete der Medizinalverwaltung wissenschaftlich und praktisch gearbeitet wird; sie werden für die nachgeordneten Behörden, die Kommunalverwaltungen und die freiwilligen Organisationen der gesundheitlichen Fürsorge, sowie für alle an dem öffentlichen Gesundheitswesen beteiligten Kreise von Bedeutung sein.

Die „Veröffentlichungen" werden in zwanglosen Heften in der Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz in Berlin erscheinen und einzeln käuflich sein, um ihren Bezug denjenigen zu erleichtern, die sich infolge ihres Berufes, z. B. auf dem Gebiete des Bauwesens, der Technik, von Handel und Gewerbe, nur für bestimmte Fragen der Medizinalverwaltung interessieren. Die Hefte werden zu Bänden von 40—50 Druckbogen vereinigt, von denen jährlich in der Regel einer erscheinen wird.

Die Schriftleitung hat der vortragende Rat, Geheime Obermedizinalrat Prof. Dr. Dietrich, Berlin NW. 7, Schadowstr. 10/11, übernommen; das jetzt vorliegende erste Heft (Groß 8°, 80 S., Preis 2,40 M.) bringt zwei interessante Abhandlungen: 1. Ursachen und Bekämpfung des Kindbettfiebers von Dr. E. Radtke und Geh. Med.-Rat Prof Dr. Winter in Königsberg i. Pr., 2. Säuglingssterblichkeit und Säuglingsfürsorge in Pommern von Prof. Dr. Erich Peiper in Greifswald.

Die Herausgabe der Veröffentlichungen wird in den Kreisen der Medizinalbeamten sicherlich freudig begrüßt und es besonders dankend von ihnen anerkannt werden, daß sie ihnen von dem Herrn Minister dienstlich, also unentgeltlich überwiesen werden, damit sie sich über die Beziehungen der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zur Medizinalverwaltung fortlaufend unterrichten und die in den „Veröffentlichungen" enthaltenen Anregungen in ihrer amtlichen Tätigkeit verwerten können.

Nach dem jetzt vorliegenden ausführlichen Programm des unter Leitung von Geh. Ob.-Reg.-Rat Prof. Dr. v. Buchka-Berlin, Geh. Reg.-Rat Dr. Kerp-Berlin und Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Paul in München vom 18. bis 30. März 1912 in der Kgl. Technischen Hochschule zu Berlin-Charlottenburg veranstalteten **Fortbildungskursus für Nahrungsmittelchemie**[1]) sollen folgende Themata behandelt werden:

1. Dr. E. Abderhalden-Halle: Ausgewählte Kapitel aus der physiologischen Chemie. — 2. Geh. Ob.-Reg.-Rat Prof. Dr. K. v. Buchka-Berlin: Einleitender Vortrag; Untersuchung von Trinkbranntwein; Schlußvortrag. — 3. Dr. H. Fiehe-Berlin: Ueber neuere Methoden der Honig-Untersuchung. — 4. Reg.-Rat Dr. Fritzweiler-Berlin: Nahrungsmittelchemische Zollfragen. — 5. Reg.-Rat Dr. A. Günther-Berlin: Neuere Gesetzgebung und Rechtsprechung, betr. den Verkehr mit Wein. — 6. Dr. L. Grünhut-Wiesbaden: Ueber chemische Wasseruntersuchung. — 7. Privat-Dozent Dr. A. Heiduschka-München: Ueber neuere Verfahren zur Untersuchung von Speisefetten, -Oelen. — 8. Reg.-Rat Prof. Dr. A. Juckenack-Berlin: Neurere Erfahrungen aus der nahrungsmittelchemischen Gerichtspraxis. — 9. Geh. Reg.-Rat Dr. W. Kerp-Berlin: Einleitender Vortrag über das Gesamtgebiet der Nahrungsmittelchemie; nahrungsmittelchemische Tagesfragen. — 10. Prof. Dr. Paul Kulisch-Colmar i. E.: Ueber den gegenwärtigen Stand der Weinchemie. — 11. Prof. Dr. C. Mai-München: Zur Chemie der Milch. — 12. Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Th. Paul-München: Einleitender Vortrag; Anwendung der physikalisch-chemischen Lehren auf die Nahrungsmittelchemie. — 13. Dr. G. Popp-Frankfurt a. M.: Neuere Erfahrungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Chemie und Mikroskopie. — 14. Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. P. Uhlenhuth-Straßburg i. Els.: Serologische Nachweise auf dem Gebiete der Nahrungsmittelchemie. — 15. Prof. Dr. H. Weigmann-Kiel: Zur Biologie der Milch und der Milcherzeugnisse.

Die Vortäge finden Vormittags statt. An den Nachmittagen sollen in den Räumen der Königlichen Technischen Hochschule praktische Uebungen abgehalten werden und Besichtigungen hervorragender Staatsinstitute, Forschungsstätten, Untersuchungsanstalten, von Anstalten im Dienst der öffentlichen Gesundheitspflege, von Fabriken und sonstigen gewerblichen Anlagen stattfinden.

---

[1]) Siehe Nr. 24 d. Zeitschrift unter Tagesnachrichten, S. 952.

Die ursprüngliche beabsichtigte Abhaltung von zwei sechstägigen Finzelkursen ist Abstand genommen, es findet nur ein zwölftägiger Gesamtkursus statt.

Anmeldungen sind an H. Geh. Ob.-Reg.-Rat Prof. Dr. K. von Buchka, Berlin W. 62, Keithstraße 21 zu richten; er erteilt auch ebenso wie die beiden anderen Veranstalter des Kursus gern etwa gewünschte Auskünfte.

Die **X. Konferenz der internationalen Vereinigung zur Bekämpfung der Tubekulose** wird vom 11.—13. April d. Js. in Rom abgehalten werden, also an den dem VII. internationalen Tuberkulose-Kongresse (14.—20. April) unmittelbar vorausgehenden Tagen.

Zu dem am 14.—20. April 1912 in Rom stattfindenden **VII. Internationalen Kongreß gegen Tuberkulose** sind in den verschiedenen Sektionen von deutschen Aerzten bis jetzt folgende Referate und Vorträge angemeldet: In Sektion I: Soziale Bekämpfung der Tuberkulose: 1. Prof. Dr. Jacob-Berlin: Prophylaktische und Fürsorgemaßregeln zur sozialen Bekämpfung der Tuberkulose. — 2. Dr. Friedheim-Berlin: Die Aufgabe der Frau bei der Verhütung der Tuberkulose in der Familie. — 3. Prof. Dr. Pannwitz-Berlin: Tuberkulose und rotes Kreuz. — 4. Dr. Julius Katz-Berlin: Die Bekämpfung der Tuberkulose durch die Kolonisation leicht lungenkranker Arbeiter und deren Familie. — Landrat Dr. Böcking-Limburg: Die Tuberkulosebekämpfung auf dem platten Lande.

Sektion II: Pathologie und Therapie der Tuberkulose: 1. Prof. Dr. Kraus-Berlin: Latente Tuberkulose und ihre Diagnose. — 2. Dr. Citron-Berlin: Erhöhung der Wiederstandsfähigkeit des menschlichen Organismus gegen Tuberkulose. — 3. Dr. Römer-Marburg: Spezifische aktive Behandlung der tuberkulösen Erkrankungen. — 4. Prof. Dr. Brauer-Hamburg: Künstlicher Pneumothorax bei der Behandlung tuberkulöser Erkrankungen. — Dr. Zuntz-Berlin: 5. Radiumbestrahlung bei der Behandlung von tuberkulösen Krankheiten. — 6. Dr. Martin-Berlin: Schwangerschaftsunterbrechung bei Lungenschwindsucht. — 7. Prof. Dr Posner-Berlin: Chirurgische Behandlung der Tuberkulose der männlichen Geschlechtsorgane. — 8. Dr. Bardeleben-Berlin: Chirurgische Behandlung der Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane. — 9. Dr. Berlin-Cöln: Die Erfahrungen mit der Kuhnschen Lungen-Saugmaske in der Tuberkulose-Abteilung den Städtischen Krankenanstalten. — 10. Dr. Ritter-Berlin: Ueber das Wesen der Skrofulose. — 11. Dr. Reiter-Berlin: Tuberkulinreaktion und Ueberempfindlichkeit. — 12. Dr. v. d. Velden-Düsseldorf: Die wissenschaftlichen Grundlagen der Haemostypsis. — 13. Dr. Krause-Hannover (Sülzhayn): Innerliche Anwendung der Bazillenemulsion und Eigentuberkulin (spezifische Bazillenemulsion Krause).

Sektion III: Aetiologie und Epidemiologie der Tuberkulose: 1. Prof. Dr. Kossel-Heidelberg: Beziehung der menschlichen Tuberkulose zur Tuberkulose der Rinder und Haustiere. — 2. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Flügge-Berlin: Die biologischen Eigentümlichkeiten der Tuberkelbazillen. — 3. Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner-Berlin: Die Tuberkulose in Schulen, gewerblichen Betrieben usw.

Mit dem Kongreß ist eine internationale soziale hygienische Ausstellung verbunden, deren Reinertrag zum Besten einer beständigen antituberkulösen Stiftung verwendet werden soll.

Der **XV. Internationale Kongreß für Hygiene und Demographie** wird in Washington, D. C., vom 23.—28. September d. J. unter dem Ehrenpräsidium des Präsidenten der Vereinigten Staaten stattfinden.

Das Staatsdepartement hat die volle Verantwortlichkeit für die Leitung des Kongresses übernommen und hat behufs seiner Organisation zum Präsidenten Dr. Henry P. Wallcott in Massaschusetts und zum Generalsekretär Dr. John S. Fulton in Maryland ernannt; außerdem ist ein Organisationskomitee und von diesem ein Exekutivkomitee bestellt, das einen Schatzmeister (Mr. Charles J. Bell in Washington) und einen Direktor der Ausstellung (Dr. Joseph W. Schereschewsky in Washington) erwählt hat. Der Kongreß

Zwillingsgeburten des Vorjahres eine Minderung von 421 bedeutet. Diese 25893 Zwillingsgeburten verteilen sich in folgender Weise: In 8236 Fällen handelte es sich um die Geburt von 2 Knaben, in 7941 Fällen von 2 Mädchen, in 9716 Fällen um ein Zwillingspärchen. Die Anzahl der Drillingsgeburten erreichte im Jahre 1909 die gleiche Ziffer wie im Vorjahre, nämlich 261. Im Jahre 1906 waren es 266 und im Jahre 1907 232 Drillingsgeburten. Dabei kamen 61 mal 3 Knaben, 65 mal 3 Mädchen, 67 mal 2 Knaben und 1 Mädchen, 68 mal 1 Knabe und 2 Mädchen zur Welt. Außerdem sind im Jahre 1909 in Deutschland 3 Vierlingsgeburten mit zusammen 2 Knaben und 10 Mädchen vorgekommen. Im Jahre 1908 waren es 4 Vierlingsgeburten mit je 8 Knaben und Mädchen. Auch im Jahre 1909 ist bei den Mehrlingsgeburten die Anzahl der Knaben wieder etwas größer gewesen als diejenige der Mädchen.

Eigenbericht.

Ueber die Todesursachen der beim Preuß. Beamtenverein Hannover von 1903—08 im Alter von 41—50 Jahren verstorbenen Versicherten. Von Dr. Eisenstedt. Sexualprobleme; 1911, Nr. 9.

Aus dieser Betrachtung der Todesursachen erhebt sich im Interesse der Aetiologie und Versicherungsmedizin die Forderung, möglichst vollzählig für jeden verstorbenen Versicherten die letzten Krankheitserscheinungen oder, wo angängig, eine vom Hausarzte mitgeteilte Krankengeschichte anzugeben. Jedenfalls geht auch aus den bisherigen Listen des Preußischen Beamtenvereins Hannover hervor, daß es sich hier um durchaus erworbene tödlich verlaufene Zustände handelt, die mit „angeborener Disposition" nichts zu tun haben, dagegen in ihrem Zusammenhange mit Syphilis, sexueller Abstinenz und Ernährungsstörungen am Lebenden im einzelnen studiert werden müssen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Besprechungen.

Dr. Eugen Dörnberger, praktischer Arzt und Schularzt in München: **Wie beeinflusst der körperliche Zustand die Lernfähigkeit der Schulkinder?** München 1912. Verlag von Otto Gmelin. Preis: 1,20 M.

Dörnberger geht systematisch den Gesundheitsbogen, der in den Münchener Schulen eingeführt ist, durch. Er wendet sich vor allem gegen die vorzeitige Aufnahme des Schulbesuches und rät zweifelhafte Kinder im Verein mit dem Lehrer zu prüfen. Trotzdem wird eine große Differenz in den geistigen und körperlichen Leistungen unter ABC-Schützen bleiben. Die Kinder der Armen sind schlecht entwickelt, körperlich und geistig. — Gegen die so häufige Lausekrankheit empfiehlt er Zwangsmaßregeln und hält die Bekämpfung dieser Erscheinung für eine Aufgabe der von ihm geforderten Schulschwester. Zum mindesten ist Absonderung oder Schulausschluß des Verlausten notwendig. Von 18053 untersuchten Münchener Schulkindern hatte 1909/10 bei Eintritt in die Schule 34,6 % tadellosen Gesundheitszustand, 57,5 % mittleren, 7,9 % schlechten; bei Schulaustritt 33,8 % guten, 60,5 % mittleren, 5,7 % schlechten. Aehnlich war es 1908/09. „Ich persönlich habe auch den Eindruck, als ob die Schüler gesunder die Schule verließen, als sie dieselbe betreten haben." usw.

Die Abhandlung kann beamteten und Schulärzten warm empfohlen werden.

Dr. Graßl-Lindau.

James Mackenzie: Krankheitszeichen und ihre Auslegung: Autorisierte Uebersetzung aus dem Englischen von E. Müller. Herausgegeben von Prof. Dr. Joh. Müller, Direktor des Allgemeinen Krankenhauses in Nürnberg. Würzburg 1911. Verlag von Curt Kabitsch. 200 Seiten. Preis: gebunden 6 Mark.

Ein Buch, dessen Lektüre vor allem dem Praktiker, der sich bei der Untersuchung seiner Kranken nicht mit den Ergebnissen der Auskultation und Perkussion zufrieden gibt, empfohlen werden kann. Verfasser behandelt in den interessanten und eine große Reihe von neuen Gesichtspunkten bringenden Ausführungen in erster Linie die Bedeutung des Schmerzes und der ihn begleitenden nervösen Erscheinungen für die Diagnose der inneren Erkrankungen.

Rpd. jun.

Dr. med. Paul Sittler - Colmar i. Els.: **Grundlinien einer gesunden Lebensweise (Briefe an einen gebildeten Leser).** Würzburg 1911. Curt Kabitsch (A. Stubers Verlag). Kl. 8°; 74 S. Preis: 1,80 M.

Verfasser gibt in 20 Briefen eine allgemein verständliche ausführliche Anweisung zum naturgemäßen Leben. Sehr gut gelungen sind die ersten fünf Briefe, in denen die Ernährung des Säuglings und des Kindes behandelt wird. Zu wünschen wäre allerdings eine Tabelle über die Gewichtszunahme des Kindes im 1. Lebensjahre. Die übrigen Briefe bringen reichliches Material über die Ernährung des Erwachsenen, über Schädlichkeit des übermäßigen Fleischgenusses, über Veranlagung zu Erkrankungen, wahre und falsche Abhärtung, Kleidung, Körperbewegung und Schlaf. Bei der „Kleidung“ ist ein näheres Eingehen auf die Forschungen Rubners zu vermissen.

Der Ton der Briefe trifft im allgemeinen wohl das richtige, verfällt aber hin und wieder gar zu sehr ins lehrhafte und monotone.

Dr. Zelle-Lötzen.

Fr. Muszynski: Der Charakter. Seine Bewurzelung in der menschlichen Natur, sowie seine Ausreifung und Auswirkung im Lichte des christlichen bezw. modernen Idealismus. Paderborn 1911. Verlag von Ferd. Schöningh.

Ein Buch, das auf Wissenschaftlichkeit keinen Anspruch machen kann und dessen Kritik sich erübrigt.

Rpd. jun.

Dr. J. Roland: Natur und Mensch. Der Mensch in Beziehung zu den Naturkräften. Stuttgart 1910. Verlag von Ernst Heinrich Moritz. 12°, 323 Seiten.

Das Buch will die Grundtatsachen und Grundwahrheiten der Hygiene im Rahmen naturkundlicher Betrachtungen in gemeinfaßlicher und anregender Weise zur Darstellung bringen. In vier Teilen, deren jeder in eine Reihe von Kapiteln zerfällt, werden Licht und Luft als hygienische Faktoren, der Staub als Naturprodukt und als künstliches Erzeugnis und seine Bedeutung für die Hygiene, Staub und Schmutz in ihrer Beziehung zur Infektion und den Infektionskrankheiten, darunter auch die Bedeutung der Bakterien, Desinfektion, Wasserversorgung, rationelle Ernährung und Bekleidung als vorbeugende Maßnahmen gegen ansteckende Krankheiten und deren Folgen besprochen. Die Darstellung ist ansprechend, und auch für den Laien, für den sie in erster Linie bestimmt ist, verständlich und klar. Auf dem engen Raum ist eine Fülle wissenswerten Materiales zusammengetragen.

Rpd. jun.

Tagesnachrichten.

Aus dem preussischen Abgeordnetenhause. In der Sitzung vom 14. d. Mts. wurde bei Beratung des Etats für das Landwirtschaftliche Ministerium von dem Abg. v. Gossler (kons.) auch die **Ausbildung und Anstellung von sog. Landpflegerinnen auf dem Lande** empfohlen. Der Minister Freih. v. Schorlemer erkannte an, daß eine solche für die ländliche Wohlfahrtspflege sehr von Nutzen sein könne; er sei deshalb bereit, dafür Mittel zu gewähren; vielleicht könne auch künftighin ein besonderer Fond für diese Zwecke in den Etat eingestellt werden. Im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege auf dem Lande wird die Einstellung eines solchen Fonds in den Etat mit großer Freude zu begrüßen sein, sie müßte jedoch unseres Erachtens in den Etat des Ministeriums des Innern erfolgen, zu dessen Ressort die öffentliche Wohlfahrts- und Gesundheitspflege gehört; denn die Bestellung der Landpflegerinnen gehört hauptsächlich zur Förderung der Krankenpflege auf dem Lande, deren Fürsorge in erster Linie dem Ministerium des Innern, insbesonders der Abteilung für das Medizinalwesen, obliegt.

Auf Anordnung des Herrn Ministers des Innern werden von jetzt an von der Medizinalabteilung des Ministeriums **„Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung“** herausgegeben werden. Sie sollen

darüber zu wachen, daß die gewerbsmäßigen Kurpfuscher sich nicht gegen die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen vergehen und haben gegebenenfalls Anzeige zu erstatten.

19. Amtsärztliche Zeugnisse, Gutachten und Bescheinigungen. Die Bezirksärzte stellen die amtsärztlichen Zeugnisse, Gutachten und Bescheinigungen aus in jenen Fällen, in denen solche Zeugnisse usw. vorgeschrieben sind.

20. Amtsärztlicher Dienst bei den Gerichtsbehörden. Die Bezirksärzte haben auf Ansuchen von staatsanwaltschaftlichen oder gerichtlichen Behörden auch gerichtsärztliche Gutachten abzugeben und an der richterlichen Leichenschau sich zu beteiligen.

Sie haben den hausärztlichen Dienst an den Amtsgerichtsgefängnissen ihres Bezirkes zu besorgen, soweit nicht hiefür eigene Gefängnisärzte aufgestellt sind. (Als solche Gefängnisärzte sind zurzeit aufgestellt: die Landgerichtsärzte und die bezirksärztlichen Stellvertreter für die Amtsgerichtsgefängnisse ihres Wohnsitzes, in einigen großen Städten [München, Nürnberg usw.] eigene Amtsärzte; an die Stelle der bezirksärztlichen Stellvertreter werden wie oben erwähnt künftig eigene Gefängnisärzte treten.)

Die Bezirksärzte haben die Landgerichtsärzte zu vertreten.

21. Vertretung der Militärärzte. Die Vertretung der Militärärzte kommt tatsächlich kaum je in Frage, immerhin ist sie für besondere Fälle (plötzliche Erkrankung des Militärarztes beim Ersatzgeschäfte, den Kriegsfall) vorgesehen.

22. Jahresbericht. Die Bezirksärzte haben alljährlich der Regierung einen das abgelaufene Kalenderjahr umfassenden Bericht über die Gesundheitsverhältnisse ihres Dienstbezirks und über ihre eigene Dienstetätigkeit zu erstatten. Die Berichte bilden die Grundlage zur Herstellung des Berichts über das bayerische Gesundheitswesen (bisher Generalsanitätsbericht genannt). Den Berichten ist eine neue Einteilung zugrunde zu legen, die sich eng an die Einteilung der Dienstanweisung anschließt. Die für den Staatsdienst geprüften praktischen Aerzte und die Krankenhausärzte sind wie schon erwähnt zur Erstattung eines Jahresberichts nicht mehr verpflichtet. Es wird jedoch vertraut, daß die praktischen Aerzte den Bezirksärzten auf Ansuchen über bestimmte Fragen Aufschluß geben.

Die Neuorganisation bringt für die Bezirksärzte zweifellos eine Arbeitsmehrung. Die Mehrung ist in erster Linie zurückzuführen auf die Tätigkeit bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und die Gemeindebereisungen. Die Vorschriften über die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten wurden schon im Mai des Jahres 1911 veröffentlicht und sind am 1. Juli 1911 in Kraft getreten; dadurch war den Bezirksärzten Zeit gelassen, sich in diesen wichtigsten Teil ihrer Tätigkeit noch vor dem Erscheinen der übrigen Vorschriften einzuarbeiten.

Eine weitere Arbeitsmehrung bringt die Prüfung der Per-

sonen, welche die Genehmigung zum Handel mit Giften nachsuchen, die Nachprüfung der Desinfektoren und nichtärztlichen Leichenschauer, die Führung der Personenkarten, Geschäftsbücher, auch die Vertretung der benachbarten Amtsärzte.

Dieser Erhöhung der Arbeitslast stehen aber einige nicht unwesentliche Erleichterungen gegenüber: Die Apothekenmusterungen, vor allem der bezirksärztliche Jahresbericht sind erheblich vereinfacht. Pflegekinder müssen künftig nur mehr alle 3 Jahre (statt wie bisher jährlich) besucht werden; vor allem werden die Bezirksärzte den Wegfall der Verpflichtung zur unentgeltlichen Armenbehandlung begrüßen.

Der größte Vorzug der Dienstanweisung aber ist, daß sie die Dienstaufgaben und die Zuständigkeit der Bezirksärzte festlegt und in Zusammenhang mit den in letzter Zeit erschienenen besonderen Vorschriften in den meisten Fällen auch die Art der Durchführung der Dienstaufgaben genau bestimmt. Dadurch ist der bisherigen Unsicherheit ein Ende bereitet.

In den Dienstanweisung ist an verschiedenen Stellen darauf hingewiesen, daß die Bezirksärzte in erster Linie ermahnend und belehrend vorgehen und bei ihren Anordnungen und Vorschlägen vor allem auch die finanzielle Leistungsfähigkeit der Betroffenen berücksichtigen sollen. Sie sollen ferner bei Erledigung ihrer Dienstesaufgaben in steter Fühlung mit der Distriktspolizeibehörde bleiben. Nur bei verständnisvollem Zusammenwirken aller in Betracht kommenden Behörden und Beamten wird das Endziel der Neuorganisation, die Förderung der allgemeinen Volksgesundheitspflege erreicht werden.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Soziale Hygiene.

Sozial-hygienische Fürsorge im Großherzogtum Hessen. Von San.-Rat Dr. Sonnenberger-Worms. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1911, Nr. 21.

Der Aufsatz bespricht zuerst die Großherzogl. Zentralen für Mutter- und Säuglings-Fürsorge in Hessen. Hierzu gehört die Mutter-Beratungs- und Säuglings-Fürsorgestelle, die in Verbindung steht und zusammenarbeitet mit den Standesämtern und den Organen der Tuberkulose-, Krüppel- und Wohnungs-Fürsorge, denen als weitere Hifsmittel zur Seite stehen die Krippen, die Stillkrippen (Stillprämien), die Säuglingspflege- und Säuglingskrankenanstalten, die Fürsorge für Schwangere und Wöchnerinnen, die Milchküchen usw. Es wird hierauf die Kreis-Wohnungsinspektion für die Landgemeinden des Kreises Worms behandelt; Verf. macht Vorschläge, wie dem Wohnungsmangel in den Landgemeinden abzuhelfen sei und schildert zum Schluß das neue Erholungsheim des Wormser Vereins für Erholungspflege von Schulkindern. Diese Pflege erstreckt sich hauptsächlich auf die schwächlichen und kränklichen Kinder. Dr. Hoffmann-Berlin.

---

2. Statistik.

Zur Statistik der Mehrlingsgeburten in Deutschland. Von Dr. Loeb-München.

Nach den Belegen des „Statistischen Jahrbuches für das Deutsche Reich“ 32. Jahrgang, 1911, sind im Gebiete des Deutschen Reiches im Jahre 1909 insgesamt 25 093 Zwillingsgeburten verzeichnet, was gegenüber den 26 314

25. Jahrgang; Nr. 5. Ausgegeben am 5. März 19

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,

Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch

J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 5.
und Beilage: Berichte aus Versammlungen. III.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Charakter als Geheimer Sanitätsrat: dem San.-Rat Dr. Neuhaus, Oberarzt der Departements-

Irrenanstalt in Düsseldorf; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: den prakt. Aerzten Dr. Kröner in Potsdam und Dr. Otto Seydel in Berlin sowie den Marinestabsärzten Dr. Buchinger und Dr. Ploeger; — der Kronenorden II. Klasse: dem Marinegeneralarzt a. D. Dr. Spiering zu Coburg; — derselbe Orden IV. Klasse: dem Herzogl. Leibarzt Dr. Schneider in Primkenau.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung: des Großherzogl. Hessischen Verdienstordens Philipps des Großmütigen: dem Oberstabs- u. Reg.-Arzt Dr. Großkurth in Konstanz; des Kommaudenrkreuzes I. Klasse des Herzogl. Braunschweigischen Ordens Heirich des Löwen: dem Obergeneralarzt Dr. Hecker in Straßburg i. E.; des Ritterkreuzes I. Kl. desselben Ordens: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hausemann in Berlin; des Großoffiezierkreuzes der Königl. Rumänischen Ordens „Stern von Rumänien": dem Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Waldeyer in Berlin; des Großkreuzes des Königl. Bulgarischen Zivilverdienstordens: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schweninger in München; des Komturkreuzes I. Klasse des Kgl. Sächsischen Albrechtordens: dem Präsidenten des Kaiserl. Gesundheitsamts, Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Bumm; des Offizierkreuzes desselben Ordens: dem Direktor im Kaiserl. Gesundheitsamt, Geh. Reg.-Rat Dr. Wutzdorff; des Ritterkreuzes I. Kl. mit der Krone desselben Ordens: dem Direktor im Kaiserl. Gesundheitsamt, Geh. Reg.-Rat Dr. Weber; des Ritterkreuzes I. Kl. des Großherzogl. Badischen Ordens vom Zähringer Löwen: dem San.-Rat und Großherzogl. Luxemburgischen Hofrat Dr. Thewaldt in Königstein; des Ritterkreuzes des Großherzoglich Mecklenburgischen Greifenordens: dem Stabsarzt d. Res. Dr. Oliven in Lankwitz.

Ernannt: Geh. Med.-Rat Dr. Krohne, vortragender Rat im Ministerium des Innern zum Mitgliede der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, Kreisassistenzarzt Dr. von Leliwa in Waldenburg (Schles.) zum Kreisarzt des Kreisarztbezirkes Kreis Guhrau mit dem Amtsitz in Guhrau, der Arzt Dr. Mantey in Elsterwerda zum Kreisassistenzarzt unter Ueberweisung an den Kreisarzt des Kreises Waldenburg.

Bestätigt: Stabsarzt Dr. Fromm, Abteilungsvorsteher an dem Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. als außerordentliches Mitglied und Dozent für Bakteriologie und Hygiene an der Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf.

Versetzt: Der Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bonhoeffer in Breslau in gleicher Eigenschaft in die medizinische Fakultät der Universität Berlin.

Gestorben: San.-Rat Dr. Landerer, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Andernach, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Jessen in Kiel, Geh. San.-Rat Dr. Waegener in Köln a. Rh., Dr. Frey in Berlin, Dr. Siegmund Rahmer und Dr. Elgeti in Greifswald, San.-Rat Dr. Ohrers in Borken (Reg.-Bez. Münster), Dr. Eicker in Oberkassel bei Düsseldorf, San.-Rat Dr. Jeppe in Hofgeismar, Geh. San.-Rat Dr. Kunschert in Wiesbaden, Geh. San.-Rat Dr. Drecker, Kreisphysikus a. D. in Recklinghausen, Dr. Kühlwetter aus Köln in Bonn, Geh. San.-Rat Dr. Windels in Berlin.

Königreich Bayern.

Die Erlaubnis erteilt zur Anlegung: des Ritterkreuzes I. Abt. des Großherzogl. Sächsischen Hausordens der Wachsamkeit oder vom weißen Falken: dem Arzt Dr. Neustädter in Dresden.

Ernannt: Der praktische Arzt Dr. Dürig in Eichstädt zum Bezirksarzt in Hammelburg, der Prof. Hofrat Dr. Schultze in Würzburg zum Suppleanten des dortigen Medizinalkomitees, der Privatdozent Prof. Dr. Sobotta in Würzburg zum außerordentlichen Professor an der dortigen medizinischen Fakultät.

Versetzt: Die Bezirksärzte Dr. Dirschinger in Zusmarshausen nach Bergzabern, Med.-Rat Dr. Federschmidt in Ansbach nach Nürnberg.

Königreich Sachsen.

Gestorben: Dr. Curt Mann und Dr. Siegmund Friedrich in Dresden.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen den Titel und Rang eines Obermedizinalrats: dem Med.-Rat Dr. Walcher, Direktor der Landeshebammenschule; — eines Medizinalrats: den Oberamtsärzten Dr. Kern in Künzelsau, Dr. Paulus in Heidenheim, Dr. Pfäfflin in Urach; — eines Sanitätsrats: dem Direktor und Inhaber der Heilanstalt Pfullingen Dr. Kurz, dem Oberamtswundarzt Dr. Gaupp in Göppingen, dem Bahnarzt Dr.

Zahn in Calw, dem Bahnaugenarzt Dr. Piesbergen in Stuttgart, den prakt. Aerzten Dr. Weil in Stuttgart und Dr. Palm in Ulm; — Titel und Rang eines außerordentlichen Professors: dem Privatdozenten und Oberarzt Dr. Schlayer in Tübingen; — das Ritterkreuz des Ordens der Württembergischen Krone: dem Oberstabsarzt und Referent im Kriegsministerium Dr. Hopfengärtner und dem Oberstabsarzt und Regimentsarzt Dr. Wendel in Stuttgart; — das Ritterkreuz I. Klasse des Friedrichsordens: dem Med.-Rat Dr. Widemann, Direktor der Zentralimpfanstalt in Stuttgart und dem leitenden Arzt der chirurgischen Abteilueg des städtischen Krankenhauses in Heilbronn Dr. Mandry; — der Olgaorden: dem Med.-Rat Dr. Süßkind, Oberamtsarzt in Hall; — die Olgamedaille in Silber: dem Med.-Rat Dr. Haag, Oberamtsarzt in Heilbronn und dem prakt. Arzt Dr. Sambeth in Mergentheim.

Gestorben: Dr. S. Loewenstein in Stuttgart, San.-Rat Dr. Palm in Ebingen.

Grossherzogtum Hessen.

Gestorben: Badearzt Dr. Hermann Engel in Bad-Nauheim.

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Gestorben: San.-Rat Dr. Koch in Sternberg.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Dr. Willrich in Vorsfelde (Braunschweig), Prof. Dr. Reye, früher Direktor der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg.

Erledigte Stellen.

Königreich Preussen.

Meldefrist: 15. März d. J.

Die Stelle des Kreisassistenzarztes und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamt in **Danzig.**

25. Jahrg. Zeitschrift 1912.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Nr. 5.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. März.

Das kleine Krankenhaus auf dem Lande.

Von Dr. med. **Kerckhoff**, staatsärztlich approb., in Haren a. d. Ems.

Wenn dem Schwerkranken und dem Schwerverletzten auf dem Lande Behandlung und Pflege in gleicher, gründlicher Vollkommenheit zuteil werden sollen, wie in demselben Falle dem Patienten in der Stadt, so muß auch das Land mit einem Netze von Krankenhäusern überzogen werden. Diese Krankenhäuser müssen gemäß ihrer hohen Bestimmung sowohl in den einzelnen Details den Anforderungen der Hygiene entsprechen, als in der Gesamtheit eine salubre Anlage bilden; denn sie sollen die Kranken nicht nur unter die besten hygienischen Verhältnisse bringen — des Heilzweckes wegen —, sondern auch den Gefahren tunlichst vorbeugen, die die Anhäufung von vielen kranken Menschen mit sich bringt: also die Kranken vor Erwerbung neuer Krankheiten im Krankenhause, sowie die Gesunden vor Ansteckung daselbst möglichst bewahren.

Die Bedürfnisfrage nach Krankenhäusern auf dem Lande wird wohl von keiner Seite bestritten werden; denn dazu braucht man nur den Zweck und die Bestimmung eines solchen Krankenhauses sowie die Anforderungen, die die moderne medizinische Wissenschaft an eine sachgemäße Krankenbehandlung und Pflege stellt, mit der Art der Krankenpflege zu vergleichen, wie diese dem schwerkranken, in ärmlicher Wohnung und unter ungünstigen Verhältnissen Lebenden (diese Klasse der Landbevölke-

rung kommt hauptsächlich in Betracht) zuteil wird. Das Krankenhaus auf dem Lande ist eine Wohltätigkeitsanstalt, die von dem Mitgefühl für Kranke durch den allgemeinen Wohltätigkeitssinn erbaut wird und dazu bestimmt ist, erkrankten oder verunglückten Personen für eigene Rechnung oder auf Kosten von Krankenkassen oder Krankenunterstützungsvereinen, Armenverbänden etc. Aufnahme, gesunde Unterkunft, die erforderliche ärztliche Behandlung und Pflege zu gewähren, die sie in ihrer eigenen Wohnung nicht finden können; denn die wenigsten Wohnhäuser auf dem Lande sind so eingerichtet, daß sie die sachgemäße Behandlung schwerer Erkrankungen, erheblicher Verletzungen oder gar Erkrankungen an übertragbaren Krankheiten ermöglichen. Das Landkrankenhaus soll aber außerdem sowohl den der Armenpflege anheimfallenden Kranken und den alleinstehenden und infolge Alters Erwerbsunfähigen, als den kleinen unversorgten, verwaisten Kindern, die bis zu ihrer Konfirmation von der Kommune ernährt und erzogen werden müssen, Aufnahme und Unterkommen gewähren, und schließlich alleinstehenden hochbetagten, aber vermögenden Männer und Frauen für die letzte Zeit ihres Lebens ein angenehmes und ruhiges Verpflegungsheim darbieten.

Vorbedingung für eine gute Krankenbehandlung und Krankenpflege in einem Krankenhause sind reine, gute, einwandfreie Luft in allen Kranken- usw. Räumen, peinliche Sauberkeit der Verwundeten und Operierten sowohl an ihrem eigenen Körper als in ihrer nächsten Umgebung, kurz: genaue Befolgung der Anti- und Asepsis, richtige Anpaßung der Ernährung an die jeweiligen Krankheitszustände, zweckmäßige Lagerung, sorgfältige Ueberwachung und Pflege der Kranken.

Im Krankenhaus soll ferner der Kranke während der ganzen Dauer seiner Krankheit die wohltuende, Heilung bringende körperliche und geistige Ruhe finden; es soll ihm vor allem ein tüchtiger Arzt zur Seite stehen, der jederzeit leicht zu erreichen ist.

Wie wenig werden aber diese Forderungen jetzt auf dem Lande erfüllt? Die Entfernungen bis zum nächsten Krankenhause sind hier vielfach noch sehr weit, der Weg beschwerlich; der kranke Arbeiter und Landbewohner bleibt deshalb, außer in Fällen zwingender Notwendigkeit, solange es geht, in seiner meistens recht primitiv eingerichteten, gegen die aufsteigende Bodenfeuchtigkeit nicht isolierten und deshalb feuchten, alten Wohnung, die gewöhnlich in einem großen Raum das Schlaf- und Wohnzimmer der Familie sowie den Spielplatz der meistens großen Kinderschar vereinigt und nebenbei im Winter noch als Arbeitsraum benutzt wird. Licht, Luft und Sonne können in solche Räume nicht genügend eindringen; die ohnehin schlecht ventilierte Luft wird noch durch Rauch und Qualm des Herdfeuers verschlechtert. Daß ein Schwerkranker in einem solchen Raum weder die nötige reine Luft, die ersehnte Ruhe, die eventuell nötige Isolierung, noch die von geschulter

Hand sachgemäß geleitete Pflege und Beköstigung findet, ist begreiflich; besonders wenn man sich die mangelhafte Ausbildung der Landbewohner in der Kochkunst und ihre große Gleichgültigkeit vergegenwärtigt. Hier scheitern auch alle Versuche des Arztes, den Kranken die notwendige, individuelle tägliche Behandlung zuteil werden zu lassen, namentlich im Winter, wo Wege und Wetter den Besuch oft unmöglich machen! Hier kann nur durch Schaffung möglichst vieler Landkrankenhäuser ein im Interesse der Kranken wie der öffentlichen Gesundheitspflege notwendiger Wandel geschaffen werden; alle Bestimmungen in dieser Hinsicht verdienen deshalb als ein schöner Zug der Zeit die vollste Anerkennung und Würdigung.

Leider finden alle Wohlfahrtsbestrebungen auf dem platten Lande noch lange nicht einen so günstigen Boden wie in den Städten; die Frage, auf welchem Wege und mit welchen Mitteln läßt sich der Bau eines Landkrankenhauses wohl erreichen, ist daher nicht so leicht zu beantworten. Es gehört dazu vor allem das nötige Geld für Bauplatz, Bau, innere Einrichtung usw., das auf mindestens 2000 M. pro Bett zu berechnen ist. Oft schenkt ja ein einzelner Philantrop die ganze Summe, oder es werden von auswärts lebenden Söhnen der Gemeinde, die vom Glücke begünstigt, sich neben großem Reichtum auch einen offenen Blick und ein weites, edles Herz erhalten haben, große Beiträge gegeben; in den meisten Fällen wird man aber ohne solche große Zuwendungen und Stiftungen auskommen müssen. Hier ist es dann zweckmäßig, einen möglichst großen Verein „zur Erbauung eines Krankenhauses" zu bilden, der es sich zur Aufgabe macht, das Interesse für die Notwendigkeit einer solchen Anstalt durch Aufrufe, Vorträge usw. zu wecken und die nötigen Gelder zu sammeln. Neben größeren einmaligen Beiträgen soll man besonderen Wert auf regelmäßige jährliche legen; zur Beschaffung der Unkosten empfiehlt sich ferner die Veranstaltung von Theatervorstellungen, Konzerten, Bazaren, Eisfesten usw. Weiter ist die Bildung eines Komitees von Damen zu veranlassen, das die unentgeltliche Beschaffung der Wäsche, der Betten und sonstiger Gegenstände der inneren Einrichtung zu erreichen versucht. Desgleichen muß versucht werden, einmalige und regelmäßige Zuschüsse von Krankenkassen, Gemeinden, Kreisen, Kirchenverwaltungen, vielleicht auch von der Provinzialverwaltung oder Landesversicherungsanstalt zu erhalten. Erforderlichenfalls kann auch ein sog. Zweckverband der nächstgelegenen Ortschaften gegründet werden, der das Krankenhaus bauen und unterhalten kann. Von gemeinnützigen Institutionen sind oft die Spar- und Darlehnskassen bereit, aus ihren Ueberschüssen Mittel für den Bau zu bewilligen. Von Wohltätigkeitsvereinen, deren Unterstützung zu erstreben ist, kommt in erster Linie der Vaterländische Frauenverein in Frage; auch andere Orden (Johanniter, Maltheser) und Vereine sowie größere benachbarte industrielle Unternehmungen (diese im Interesse ihrer

Arbeiter) machen oft Schenkungen. Fördern wird es endlich den Bau, wenn gleich von Anfang an erklärt wird, daß das betreffende Krankenhaus zwar der Oberaufsicht und Leitung eines Arztes unterstellt, die Unterbringung und Weiterbehandlung von Kranken darin aber sämtlichen anderen Aerzten des Ortes gestattet werden soll.

Mindestforderungen an ein Landkrankenhaus: Selbstverständlich kann ein kleines Krankenhaus auf dem Lande nicht mit allen neuesten Einrichtungen der modernen Krankenbehandlung versehen sein; was es aber besitzt, muß hygienisch und technisch einwandfrei sein. In Preußen sind die Forderungen für Krankenhäuser jetzt durch Min.-Erlaß vom 8. Juli 1911, betr. Vorschriften über Anlage und Einrichtung von Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten, sowie von Entbindungs-Anstalten und Säuglingsheimen, festgelegt, dessen Bestimmungen in den einzelnen Provinzen durch Provinzial-Polizeiverordnungen eingeführt sind oder noch eingeführt werden. Als kleine Krankenhäuser, zu denen die Krankenhäuser auf dem Lande zu rechnen sind, werden hier die Anstalten mit 50 Betten und weniger bezeichnet. Für die Auswahl des Bauplatzes sind, abgesehen von seiner Größe, selbstverständlich für alle Krankenhäuser, die gleichen Grundsätze maßgebend; zu berücksichtigen sind hierbei, besonders in bezug auf ihre Lage, die Salubritätsverhältnisse der Nachbarschaft; stinkende Sümpfe oder stehende Gewässer, Friedhöfe, Seifensiedereien, Fabrikbetriebe oder ähnliche Anlagen, größere Schlachtereien usw., deren feste und flüssige Abgänge den Erdboden verunreinigen können, oder die durch Rauchbelästigung und üble Gerüche einen nachteiligen Einfluß auf den Gesundheitszustand befürchten lassen, sind als Nachbarschaft ebenso zu vermeiden, wie Werkplätze, Schmiedewerkstätten oder stark benutzte Straßen mit Rücksicht auf den die Ruhe der Kranken störenden Lärm. Deshalb empfiehlt es sich, das Krankenhaus an die äußere Grenze oder auch außerhalb des Ortes auf einen Platz zu verlegen, der trotzdem nicht schwer zu erreichen ist und anderseits weder eine gesundheitsnachteilige Nachbarschaft besitzt noch der Gefahr dichter Bebauung ausgesetzt und außerdem so gelegen ist, daß die herrschenden Winde nicht über schädliche Objekte hinweg das Krankenhaus treffen.

Seine Größe muß so bemessen sein, daß er Raum für ausreichende Erholungsplätze im Freien bietet (nach § 8 Abs. 2 mindestens 10 qm Fläche pro Bett), daß die für die Kranken bestimmten Gebäude hinreichend (nach § 2 Abs. 2 mindestens 20 m) von den nachbarlichen Gründen und Gebäuden getrennt aufgeführt werden können und eine etwaige spätere Erweiterung des Krankenhauses möglich ist.

Betreffs der Größe der Bauplätze werden sich auf dem Lande selten Schwierigkeiten ergeben, da die Grundstücke noch verhältnismäßig billig zu haben sind; deshalb bemesse

man den Bauplatz lieber $1^1/_2$—2mal so groß, als die neuen Vorschriften verlangen (nach § 2 Abs. 1 wenigstens 100 qm pro Bett). Hierdurch ist neben der Möglichkeit der später event. notwendig werdenden Vergrößerung auch für die Kranken Gelegenheit zu schönen Spaziergängen unmittelbar beim Krankenhause, und für die Rekonvaleszenten Gelegenheit zum Arbeiten in den Anlagen und Gärten gegeben, ein nicht zu unterschätzender therapeutischer Faktor.

Im übrigen ist für die Größe des Bauplatzes die Bettenzahl maßgebend, die sich nach der Einwohnerzahl (bei ländlicher Bevölkerung rechnet man auf je 1000 Einw. durchschnittlich 3 Betten, für industrielle dagegen 4—6 Betten) und den örtlichen Verhältnissen (Wohlhabenheit, Krankenkassen, Art des Verkehrs usw.) zu richten hat, sowie darauf, ob auch alte und sieche Leute aufgenommen werden sollen, ob in der Gegend einfache Landbevölkerung oder Fabrikanlagen oder größere Werke vorhanden sind usw. Auch die Art dieser Werke in bezug auf den Grad ihrer Gesundheitsschädlichkeit und der Gefährlichkeit ihrer Betriebe bezüglich Verletzungen, die Disponierung der betreffenden Gegend zu besonderen Krankheiten, z. B. Typhus, Tuberkulose etc. kommen in Betracht. Schließlich sind die Zunahme der Bevölkerung und die gemachten Erfahrungen in ähnlich beschaffenen Gegenden zu berücksichtigen.

Bezüglich der Beschaffenheit des Untergrundes sind die einschlägigen hygienischen Momente sowie die Höhe und die sonstigen Verhältnisse des Grundwassers in Betracht zu ziehen. Trockener, sandiger und aus grobem Kies bestehender, von organischen Substanzen möglichst freier Boden, ein gleichmäßig und hinreichend tiefer Grundwasserstand, eine gegen das umliegende Terrain etwas erhöhte (jedoch nicht gerade am Fuße eines Berges), gegen heftige und kalte Winde geschützte Lage, ferner die Nähe eines Flusses oder eines wasserreichen Baches von hinreichendem Gefälle können als besonders vorteilhafte Verhältnisse bezeichnet werden. Dagegen muß ein aufgeschütteter und mit organischen Zersetzungsprodukten durchseuchter Boden, sowie ein Grund, dem von höher gelegenen Orten verunreinigtes Bodenwasser zufließt oder der Ueberschwemmungen ausgesetzt ist, als unbrauchbar bezeichnet werden.

Daß an dem Bauorte ferner gutes, einwandfreies und wohlschmeckendes Wasser in ausreichender Menge vorhanden sein muß, das aus einwandfreiem Brunnen entnommen werden kann, ist eine in jedem Falle aufrecht zu erhaltende Forderung; desgleichen muß der Untergrund so beschaffen sein, daß bei hohem Grundwasserstand eine leichte, ausreichende Drainage und eine genügende Ableitung der Schmutzwässer mit hinreichendem Gefälle möglich ist.

Eine äußerst wichtige Aufgabe bildet die Aufstellung des Bauprogramms, bei deren Lösung gerade der medizinische und hygienische Sachverständige sich in erster Linie

beteiligen muß. Es sind vor allem vier Forderungen, die bei jeder, wenn auch kleinen, aber rationellen Krankenhausanlage auf dem Lande erfüllt werden müssen:

1. Die Krankenzwecken dienenden Räume müssen eigene Raumkomplexe bilden, die von den Wohn- und Wirtschaftsräumen, den Leichen- und Desinfektionsräumen durch eine entsprechende bauliche Anordnung und Raumverteilung getrennt sind.

2. Die Krankenzimmer müssen teils nach dem Geschlechte der Kranken, teils nach Krankheitsgruppen (sicher soweit Infektionskrankheiten in Frage kommen) abgetrennt sein.

3. Jeder Krankenraum muß nicht nur seiner Bestimmung gemäß, sondern auch nach jeder Richtung den Grundsätzen der Gesundheitstechnik entsprechend hergestellt und ausgestattet sein.

4. Bei der Konstruktion des Krankengebäudes und seiner baulichen Durchbildung muß ferner als Leitstern dienen: die möglichst ausgiebige unmittelbare Zuführung von Licht, Sonnenlicht und Luft zu allen Räumen, möglichste Erleichterung der Reinhaltung der Räume sowie der Luft und aller Gegenstände in den Räumen.

Die erforderlichen Räume in einem kleinen Krankenhause: Nach § 18 des Ministerialerlasses sollen mindestens 2 Zimmer (je eins für Männer und eins für Frauen) zur Verfügung stehen für äußere und innere Kranke, die nicht an ansteckenden Krankheiten leiden; denn in der Regel trennt man nicht, wie es in großen Krankenhäusern der Fall ist, die chirurgischen Kranken von denen, die an einer inneren Krankheit leiden. Die Größe dieser Zimmer richtet sich natürlich nach der Anzahl der Betten, die für Kranke dieser Art in den betreffenden Landbezirken sich als notwendig erwiesen haben. Nach meinen Erfahrungen genügt es, wenn man in einem kleinen Krankenhause für eine Bevölkerung von zirka 7000 Seelen in den ersten Jahren für jedes dieser Zimmer (die man natürlich am besten in das Erdgeschoß verlegt) 4 Betten rechnet. Für jedes Bett ist nach § 7 des Ministerialerlasses in Zimmern für mehrere Kranke ein Luftraum von mindestens 30 cbm bei 7,5 qm Bodenfläche, und in einbettigen Zimmern ein Luftraum von wenigstens 40 cbm bei 10 qm Bodenfläche erforderlich. Es ergibt sich daraus eine Zimmerhöhe von 4 m, die bei mehrbettigen Zimmern auf 4,5 m und umgekehrt bei Einzelzimmern unter entsprechender Vergrößerung der Bodenfläche auf 3,5 m. bemessen werden kann. Für Einzelzimmer, die speziell für nervöse und unruhige Kranke und nach § 14 für Kranke, deren Absonderung unbeschadet des § 19 erforderlich wird, vorzusehen sind, empfehlen sich folgende Abmessungen: 3 × 3,5 (4,0) × 4 (3,5). Außer den Krankenzimmern müssen ein genügend geräumiges Badezimmer sowie mindestens ein Abort vorhanden sein, der am besten an der Außenseite des Korridors liegt, von diesem (nach § 12 des ministeriellen

Erlasses) und von den Krankenzimmern durch einen mit einer Tür abgeschlossenen Vorraum getrennt, mindestens ein ins Freie führende Fenster haben sowie ausreichend hell, heizbar und lüftbar sein muß.

Ganz getrennt von diesen Krankenzimmern müssen die Kranken mit übertragbaren Krankheiten untergebracht werden können (s. Reichsseuchengesetz vom 30. Juni 1900 und preußisches Gesetz vom 28. August 1905); denn die Hauptbedingung für die wirksame Bekämpfung dieser Krankheiten ist eine strenge Absonderung der Kranken in einer sog. Isolierabteilung. Diese muß sich nach § 19 des erwähnten Erlasses entweder in einem besonderen Gebäude oder in einer abgetrennten Abteilung mit besonderem Eingang von außen befinden, für die bei ihrer Unterbringung im Obergeschoß auch eine besondere Treppe von außen vorzusehen ist. Notwendig sind in dieser Abteilung auch ein besonderes Badezimmer und Klosett, sowie ein Zimmer für das Wärterpersonal. Ueberall müssen die Wände in Decken und Fußböden durch glatte Hohlkehlen übergeführt und von allen Gesimsen und sonstigen irgendwie entbehrlichen vorspringenden Bauteilen, die zur Staubablegung Veranlassung geben, freigehalten werden. Mit dem Badezimmer für die Infektionsräume wird zweckmäßig ein kleiner Raum verbunden, in dem Arzt und Pflegepersonal ihre besonderen Mäntel, die sie für diese Zimmer tragen sollen, an- und ablegen und in dem sie sich nachträglich desinfizieren können. Auch ein kleiner Spülraum scheint mir eine absolute Notwendigkeit zu sein, damit die Speisen sowie die von diesen Kranken benutzten Eß- und Trinkgeschirre nicht mit anderem Geschirr in Berührung kommen und sicher desinfizirt werden können. Der Raum kann gleichzeitig als Teeküche benutzt werden. v. Esmarsch bemißt die erforderliche Bettenzahl für Infektionskranke auf $^1/_4$ der für die inneren und $^1/_6$ der für die äußeren Kranken bestimmten Betten; da er für die ersteren $^3/_5$ und für die letzteren $^2/_5$ der gesamten Bettenzahl annimmt, so werden also bei einem Krankenhaus von z. B. 20 Betten (12 für innere und 8 für äußere) 4—5 Betten für Infektionskranke erforderlich sein.

Wenn auch die Uebertragungsgefahr der Tuberkulose bei einiger Vorsicht keine sehr große ist und die Tuberkulösen deshalb nicht auf der Isolierabteilung untergebracht zu werden brauchen, so ist es doch wegen der großen Verbreitung der Schwindsucht dringend anzuraten, mindestens 2 Zimmer (eins für Männer, eins für Frauen) mit besonderen Abort und Bad einzurichten, die am besten in einem Flügel des Gebäudes als besondere Abteilung mit anschließender Veranda als Liegehalle eingerichtet werden. Bei der Bestimmung der Anzahl der Betten in diesen Zimmern (für 25 Betten etwa 4) muß die Ausbreitung der Tuberkulose in der betreffenden Gegend besonders berücksichtigt werden. Auch eine kleine Teeküche würde ich für diese Abteilung sehr empfehlen. Gewiß

braucht nicht jeder Tuberkulöse in ein Krankenhaus, der sich in leidlichen Geld- und Wohnungsverhältnissen befindet, wenn dafür Sorge getragen wird, daß regelmäßige Desinfektion des Auswurfs, der Wäsche und der Kleidungstücke stattfindet. Befindet sich dagegen der Kranke in ärmlichen Verhältnissen, in einer engen Wohnung, in einer Familie, in der alle Mitglieder durch eigene Arbeit den Lebensunterhalt sich verdienen müssen, hat er dazu noch große Zerstörungen in den Lungen, reichlichen Auswurf, hektisches Fieber und allgemeinen Kräfteverfall, so muß er schon in ein Krankenhaus überführt werden, einerseits in seinem eigenen Interesse, weil er meist daheim jeder Wartung und Pflege entbehrt, anderseits im Interesse der Allgemeinheit, weil er in diesem Stadium eine hochgradige Gefahr für seine Umgebung darstellt.

Als weiteres Erfordernis gilt auch das Vorhandensein eines Raumes (Isolierzelle) zur sofortigen, sachgemäßen Unterbringung von Deliranten und gefährlichen Geisteskranken, da diese im eigenen Hause nicht zu überwachen und zu behandeln sind, und das Verfahren zu ihrer Aufnahme in eine Irrrenanstalt nicht so schnell erledigt wird, als es im Interesse des Kranken erwünscht ist. Da dieses Zimmer die meiste Zeit nicht belegt sein wird, so legt man es vorteilhaft neben den Flur, damit es auch als Tagesraum von den nicht bettlägerigen Kranken benutzt werden kann (über seine soustige Einrichtung s. später).

Nicht zu entbehren ist ferner ein, am besten im Ober- oder Dachgeschoß unterzubringendes Zimmer für Krätzekranke, denn die Krätze ist nicht nur unter den Landstreichern, sondern nach meiner bisherigen Beobachtung auch auf dem Lande in den Arbeiterfamilien und in den Massenquartieren mehr oder weniger stark verbreitet, zumal hier bei dem oft großen Mangel an Reinlichkeit die Uebertragungsmöglichkeit schwer zu beseitigen ist. Ein großes Kontingent sog. chronischer Ekzeme ist auf das Konto alter verbummelter Krätzeinfektion zu setzen; es ist oft ein wahres Kreuz für Patient und Arzt, diesem Uebel erfolgreich in der unreinen Wohnung des Patienten beizukommen. Das Krätzezimmer, das mit einem Baderaum verbunden sein muß, kann bei Platzmangel vorteilhaft auch in dem später zu erwähnenden Nebengebäude für den Desinfektionsapparat und für den Leichenraum eingerichtet werden, damit Kranke dieser Art garnicht erst in das Krankenhaus zu kommen brauchen.

Da das Krankenhaus auf dem Lande seiner Bestimmung gemäß meist auch alte und sieche Leute aufnehmen soll, so sind für diese noch zwei Zimmer (für Männer und Frauen) vorzusehen. Ebenso würde es sich empfehlen, wenigstens 1 Zimmer erster Klasse einzurichten, weil es oft genug vorkommt, daß Patienten der besseren Stände von auswärts des Krankenhausaufenthaltes bedürftig sind.

Notwendig für ein Krankenhaus auf dem Lande ist auch ein Operationszimmer, in dem dringliche Operationen so-

fort vorgenommen werden können. Es muß möglichst nach Norden gelegt werden und reichliches Licht erhalten, bei dem Schatten ausgeschlossen sind. Das Zimmer muß mindestens 4 × 5 qm Bodenfläche haben, da sonst eine ausgiebige Bewegung darin nicht möglich ist.

Außer dem Operationsraum muß ein Zimmer für die Aerzte vorgesehen werden, das man am besten nach dem Eingange des Hauses hin verlegt; man wähle es aber nicht zu klein, weil es zugleich zweckmäßig als Bücherzimmer und nach § 14 der Anw. als Untersuchungszimmer und Raum für die Darreichung der „Ersten Hilfe“ dienen kann. Deshalb sind seine Fenster auch mit Rollläden usw. zu versehen, damit es jederzeit zum Zwecke der Untersuchung mit künstlichem Licht (z. B. bei Kehlkopf-, Augen-, Ohrenkrankheiten) verdunkelt werden kann.

Nach § 8 der Anw. soll weiterhin in jeder Krankenanstalt für jedes Geschoß mindestens ein geeigneter, mit der Hauptfensterseite nicht rein nach Norden gelegener Tagesraum für zeitweise nicht bettlägerige Kranke vorhanden sein, dessen Größe auf mindestens 2 qm für jeden Kranken, mindestens aber auf 20 qm zu bemessen ist. Zu diesem Zwecke legt man zweckmäßig an jede Seite des Krankenhauses eine Veranda, (die geschlossen und ausreichend erwärmt werden kann) wie dieses bei den Tuberkulosezimmern der Fall ist. Wie schon erwähnt, kann auch das sog. Delirantenzimmer in der freien Zeit als Tagesraum vorteilhaft benutzt werden.

Ferner soll ein Magazin für Unterbringung der Privat- und Spitalkleider der Kranken nicht vergessen werden; es liegt bei kleinen Krankenhäusern am besten so, daß die Wäsche in Schränken untergebracht wird, die zur Vereinfachung des Betriebes im Flur vor den Krankenzimmern und nicht in einem entfernt gelegenen Zimmer eingerichtet werden. Damit diese Schränke den Raum möglichst wenig beschränken, mauert man sie am besten in Wandnischen ein, die man beim Bau dadurch ausspart, daß man statt der üblichen Wände hier Rabitzwände nimmt, so daß die Wand an den Stellen der Nischen nur 3—4 cm Dicke hat.

Außer den Räumen für die Kranken muß noch auf die Wirtschaftsräume (Wohn- und Schlafzimmer der Schwestern und des Pflegepersonals, Küche mit Vorratskammer, Waschküche, Plättstube, Keller für Lebensmittel einerseits, für Kohlen und Torf und anderes Heizmaterial anderseits, Zentralheizung und Lichtanlage), schließlich noch auf einen vorschriftsmäßigen Leichenraum und einen Raum für den Desinfektionsapparat Bedacht genommen werden.

Die Wirtschaftsräume müssen nach § 16 der Anw. durch eine entsprechende bauliche Anordnung und Raumverteilung so von den Krankenräumen getrennt sein, daß Dünste und Geräusche in diese nicht eindringen können. Z. T. lassen sich diese Räume (z. B. Plättstube, Raum für Lebensmittel und

Heizmaterial, Heizanlage und Lichtanlage) in das Kellergeschoß verlegen; die Waschküche wird dagegen am besten in einem besonderen Bau untergebracht, z. B. in dem Gebäude für den später zu erwähnenden Leichenraum und den Desinfektionsapparat, was nach § 17 Abs. 4 der Anw. gestattet ist, wenn die Anlagen unter sich durch eine massive Wand vollständig getrennt werden.

Die Kochküche wird nach meiner Ansicht am besten im Erdgeschoß eingerichtet, um den ganzen Betrieb, speziell die Versorgung der Kranken mit Speise und Trank möglichst zu erleichtern, zumal es nicht schwer hält, die Küchengerüche durch gehörige Ventilation oder eventuell sogar durch Hinzufügung eines kleinen Vorraumes zur Küche auf diese allein zu beschränken. Der Fußboden der Küche muß massiv sein, womöglich mit Wasserablauf: die Wände sind mit Zementverputz und Oelfarbenanstrich zu versehen. Die Höhe betrage nicht unter 4 m; die Ventilation sei eine ausgiebige, mit Vorwärmung der Luft im Winter.

Für das Pflegepersonal (3 – 4 Krankenschwestern) sind mindestens ein gemeinsames Wohnzimmer (im Erdgeschoß) und die erforderlichen Schlafzimmer (in jedem Geschoß mindestens eins zur Ueberwachung der Kranken) einzurichten und für das Dienst- und Wartepersonal (2 Dienstmädchen genügen wohl) ein Schlafzimmer, das im Dachgeschoß liegen kann.

Schließlich ist noch nach § 17 der Anw. je ein Raum für einen Desinfektionsapparat und ein Leichenraum notwendig, die beide in den Bau für die Waschküche, wie schon gesagt, nach Erfüllung der Vorbedingungen verlegt werden können. Erstrebenswert ist auch die Anlage einer Rampe vor einem der Ausgänge (am besten zum Garten), um bettlägerige Kranke an schönen Sommertagen leicht in den Garten fahren zu können: sie erleichtert auch sehr den Transport schwer Verletzter ins Krankenhaus.

Betreffs der äußeren Gestaltung des Krankenhauses, fragt es sich, ob es ein- oder zweistöckig gebaut werden soll, welches Bausystem und welche Himmelsrichtung zu bevorzugen ist und wie sich die Kostenfrage stellt. Die Bauart, die sich für das Landkrankenhaus wegen ihrer Vorzüge als praktisch (kleiner Bauplatz, leichte und billige Erwärmung, wenig Personal nötig) und seiner geringeren Kostspieligkeit auch als notwendig herausgestellt hat, ist der sog. Korridorbau, bei dem an einem an der Längsseite sich befindenden Korridor sämtliche Krankenzimmer liegen. Bei einem einstöckigen Bau pflegen die Bau- und Terrainkosten im Verhältnis höher zu sein, als bei mehrstöckigen, wohingegen der Betrieb bei einem eingeschossigen Bau viel übersichtlicher, einfacher und deshalb auch billiger ist. Auch das Pflege- und Wirtschaftspersonal wird in diesem Falle weit weniger angestrengt. Der Korridor soll nach § 3 der Anw. mindestens 1,80 m breit und

möglichst an der Außenseite des Gebäudes gelegen sein, damit er reichlich mit Luft, Licht und Sonne versorgt wird. Die Fenster des Korridors liegen am besten den Türen der Krankenzimmer gegenüber.

Als Lage des Krankenhauses zur Himmelsrichtung empfiehlt sich für unser Klima am meisten eine Orientierung nach Süd-Ost unter Vermeidung der Mittellage, wobei den Kranken die Morgen- oder Mittagsonne im Gebäude, die Abendsonne im Garten zugute kommt. Krankenzimmer, die das Licht nur von einer Seite erhalten, dürfen nach § 4 Abs. 3 der Anw. nicht nach Norden liegen.

Der Kostenpunkt spielt selbstverständlich eine große Rolle mit, da das Landkrankenhaus doch durchweg eine Wohltätigkeitsanstalt ist, die von milden Gaben und Schenkungen erbaut wird. Beim Neubau nehme man möglichst Rücksicht auf die Vereinfachung und Verbilligung des Betriebes und zögere deshalb nicht mit der Anlage irgend einer anfangs etwas teueren Einrichtung, die aber einfachen Betrieb und Ersparnis an Arbeitskraft und Arbeitsaufwand ermöglicht und sich hierdurch im Laufe der Jahre wohl sicher doppelt rentiert. Gerade in kleinen Krankenhäusern ist die Gefahr der Ueberanstrengung des Dienstpersonals, vornehmlich aber der Schwestern besonders groß, weil sich die Arbeit nicht auf eine verhältnismäßig so große Zahl von Krankenschwestern verteilt wie in größeren Anstalten. (Siehe Ministerialblatt für Med.-Angel. Nr. 4, 1911, pag. 88, V.)

Bei der Höhe der Kosten fallen nicht nur die Bauweise (ob ein- oder mehrgeschossig, ob Wasserleitung, Zentralheizung und Zentralbeleuchtung, die Art der Beseitigung der Abfallstoffe, innere Ausstattung usw.), sondern auch die örtlichen Verhältnisse der betreffenden Gegend (ob Steinbrüche, Ziegeleien usw. in der Nähe, ob der nötige Transport der Baumaterialien leicht zu bewerkstelligen ist) ins Gewicht. Nach v. Esmarch (hygien. Taschenbuch 1908) beträgt der ungefähre Preis von Krankenhausbauten bei eingeschossigem massivem Bau 18 M., bei zweigeschossigem Massivbau 20 M. pro cbm oder bei einfacheren Bauten 3000 M. pro Bett ohne Inventar; diese Summe dürfte aber nach meiner Ansicht und Erfahrung wohl für ein Landkrankenhaus zu hoch gegriffen und auf 2000 M. pro Bett (ohne Inventar) zu ermäßigen sein.

Was nun die einzelnen hygienischen Anforderungen an ein Landkrankenhaus betrifft, so ist eine der wichtigsten die einwandfreie Wasserversorgung. Da in den ländlichen Ortschaften meistens keine Wasserleitung vorhanden ist, so muß der Bedarf an Trinkwasser aus Brunnen entnommen werden, die dieses in einer der vorhandenen Bettenzahl entsprechenden Menge liefern können (nach § 10 der Anw. mindestens 200 Ltr. Wasser pro Bett täglich) und deren Lage, Bauart und Tiefe jede Verunreinigung ausschließt. Im Krankenhaus selbst muß selbstverständlich ein gegen Frost möglichst

geschütztes Bassin auf dem Boden[1]) angelegt werden, um die einzelnen Geschosse und Räume mit Zapfstellen versehen zu können; die dadurch entstehenden Mehrkosten werden, abgesehen von vielen anderen Faktoren (Reinlichkeit, Feuerlöschzwecke etc.) schon durch die große Ersparnis an Arbeitskräften mehr als aufgewogen. Das Heraufpumpen des Wassers geschieht entweder durch Motor oder durch Elektrizität, die ja jetzt auf dem Lande infolge der vielen Ueberlandzentralen häufiger zur Verfügung steht.

Ebenso wichtig wie eine gute Trinkwasserversorgung ist die unschädliche Entfernung und Beseitigung der festen und flüssigen Abfallstoffe aller Art, (Fäkalien und Auswurfstoffe, ferner Verbandstoffe, Badewässer, Küchen- und Spülwasser etc.). Von den verschiedenen Formen der Beseitigung der Abfallstoffe (1. Tonnensystem, 2. Grubensystem, 3. Einleiten in öffentliche Wasserläufe, 4. Klärung [mechanische und chemische], 5. Filtration [Biologisches Reinigungsverfahren, Oxydationsverfahren], 6. Rieselfelderverfahren), ist für ein kleines Krankenhaus die durch das Grubensystem und event. durch das Tonnensystem die zweckmäßigste sowohl in hygienischer (der leichten Desinfektion wegen), als auch in ökonomischer Beziehung (der späteren besseren Verwendung der anderen Abfallstoffe im landwirtschaftlichen Betriebe wegen). Die Abfallstoffe der Infektions- und Tuberkuloseabteilung müssen jedoch durch ein besonderes Röhrensystem gesondert in Tonnen aufgefangen und beseitigt werden. Damit ferner die Fäkalien unverdünnt im Garten und im landwirtschaftlichen Betriebe verwertet werden können, sind sie getrennt von den Küchen-, Bade- und Hausabwässern aufzufangen. An die Gruben sind selbstverständlich die größten Anforderungen in bezug auf ihre Dichtigkeit und Geruchlosigkeit zu stellen. Ihre Wände müssen aus doppelter hartgebrannter, in hydraulischem Mörtel verlegter Backsteinschicht mit 30 cm Zwischenraum für Ton- oder Lehmschlagfüllung bestehen; die Innenwand muß zementiert, die Ecken müssen abgerundet

[1]) Diesen Hochreservoiranlagen gegenüber, die im Sommer und Winter manche Mängel (geringer Druck, Erwärmung und Einfrierung des Wassers in den verschiedenen Jahreszeiten, Verunreinigung des Wassers und schwierige Plazierung größerer Reservoire) aufweisen, besitzt der Hauswasser-Versorger mit völlig automatischer Wirkung, die durch den beim Wasserpumpen sich selbsttätig bildenden Luftdruck im Druckkessel bedingt wird, ganz außerordentliche Vorteile. Das Wasser ist nicht dem Frost und der Sommerhitze ausgesetzt, sondern es kommt mit Brunnentemperatur zur Verwendung. Solche Apparate liefern W. Horrer & Co. Hannover im Preise von 275—1040 M. (für 450 6000 Liter), ferner die Firma Hammelrath & Co. Köln-Lindenthal, die sich noch eine besondere Frischluftzuführung hat patentieren lassen, durch die jedes etwa auftauchende Bedenken beseitigt wird, daß die im Hydrophor befindliche Luft viel Bakterien und Staub enthalten und hierdurch das heraufbeförderte Wasser verunreinigt werden könnte. Wo zufällig noch elektrische Kraft zur Verfügung steht, kann man sich eines selbsttätigen Elektromotors als Pumpe bedienen. — Wenn auch die Versorgung eines Krankenhauses mit heißem Wasser durch den Prof. Junkerschen Apparat in wenigen Minuten zu erreichen ist, so kann dieser doch auf dem Lande nicht immer gebraucht werden, da Voraussetzung bei seiner Anlage das Vorhandensein von Leuchtgas ist.

sein. Der Boden muß etwas Gefälle nach einer Seite hin, oder nach der Mitte zu einen kleinen Schlammbrunnen haben und aus mindestens doppelter (eine Roll-, eine Flachschicht) Backsteinschicht mit Zement-Zwischen- und Auflage bestehen. Die Decke wird gewölbt, mit je einem Mannloch und Loch für den Entleerungsschlauch versehen, die mit eisernen, event. doppelten Eisendeckeln einen dichten Abschluß finden müssen. An Stelle des Loches für den Entleerungsschlauch mauert man am besten ein festes eisernes Saugrohr in die Grube ein, an das der Tonnenschlauch anzuschrauben ist. Die Entleerung durch Jauchepumpe ist nicht empfehlenswert wegen des Gestanks, der öfteren Verstopfung und der relativ raschen Abnutzung. Entschieden vorzuziehen ist die pneumatische Entleerung in eiserne Behälter auf Rädern. Bei schlechtem Baugrund und hohem Grundwasser sind eiserne Behälter empfehlenswert.

Die Grube soll mindestens 0,50 m von den Hausmauern und mindestens 10 m vom Brunnen entfernt sein; sie ist durch einen 25 × 25 cm weiten über Dach zu führenden Schacht zu entlüften. Ihre Größe ist bei $^1/_4$jährlicher Entleerung auf $^1/_6$ cbm pro Kopf zu bemessen; bei Klosettspülung rechne man pro Kopf und Tag 5–6 l mehr.

Die event. für das Auffangen der Abfallstoffe der Infektions- und Tuberkuloseabteilung bestimmten Tonnen sollen aus Eisen bestehen, womöglich innen emailliert, gut im Anstrich gehalten oder verzinkt, mit luftdicht schließendem Deckel, Ansatzstutzen mit luftdichtem Anschluß (Wasserverschluß) für das Fallrohr, mit Ueberlaufrohr und mit Handgriffen versehen sein. Falls ausnahmsweise Holz genommen werden soll, so muß auf jeden Fall hartes Holz (Eichen) verwandt werden, das innen mit Karbolineum oder Teer ausgestrichen ist. Die Größe der Tonnen ist bei einmal wöchentlichem Wechsel, der unter luftdichtem Deckelverschluß auf besonderem Wagen vorzunehmen ist, auf etwa 100 l für je 10 Personen zu bemessen. Die Aufstellung erfolgt am besten im Kellergeschoß in einem von den übrigen Kellern vollständig getrennten Raum, der einen besonderen Eingang zum Wechseln der Tonnen, einen zementierten Fußboden und ein Ventilationsrohr hat, das womöglich an einem Kaminrohre in der Küche in die Höhe geführt wird. Ob die Fallrohre für die Abfallstoffe im Hause selbst oder außerhalb des Hauses verlaufen sollen, richtet sich nach den lokalen Verhältnissen. Als Rohre wähle man emaillierte Gußeisenrohre oder gebrannte und glasierte Tonrohre von 15 bis 25 cm Weite. Die Hauptrohre müssen senkrecht verlaufen, die Winkel, die sie mit den zu den Abtritten abzweigenden Seitenrohreu bilden, dürfen 25° bis 28° nicht übersteigen. Um durch Rückströmen von Grubengasen die Verunreinigung der Wohnungsluft zu verhindern, führt man das Fallrohr über Dach und gibt ihm am unteren Ende eine Krümmung, so daß der Geruch von dem Inhalte des Fallrohres nur nach oben dringen kann. Zudem kann man durch Zusatz von Torfstreu den Geruch

noch weiter vermindern. Wenn man kein modernes Spülklosett nimmt, das durch den Syphon jede Ausdünstung verhindert, so kann man auch durch Stötzles Abtrittsverschluß in Verbindung mit luftdicht schließendem Abortdeckel das Aufsteigen der Abtrittgase fast ganz verhindern.

Die Beseitigung der Badewässer, Spül- und Küchenwässer geschieht ebenfalls am besten in der Weise, daß man die Abwässer der Infektions- und Tuberkuloseabteilung wieder in ein besonderes Röhrensystem leitet, das in eine besondere, mit verschließbarem Ablauf versehene Grube mündet, in der die stets erforderliche Desinfektion erst vorgenommen werden kann, bevor die Abwässer einem Flußlaufe oder einem größeren Graben mit entsprechendem Gefälle zugeleitet werden. Die sonstigen Abwässer können dagegen wohl direkt ohne Bedenken mit den Regenwasserleitungen fortgeleitet werden. Sollen aber die gesamten Abfallstoffe durch ein Röhrensystem in eine große Grube geleitet werden, so müssen sie auf jeden Fall an Ort und Stelle einer hinreichenden vorschriftsmäßigen Desinfektion unterworfen werden, bevor sie weiter fortgeleitet werden.

Gebrauchte Verbandstoffe, die meistens schon stark mit Sublimat etc. befeuchtet sind, werden am besten im Ofen der Zentralheizung oder des Desinfektionsapparates verbrannt.

Einer besonderen Beachtung wird in einem modernen Krankenhause mit vollem Rechte der Ventilation geschenkt. In dieser Hinsicht gestattet der Seitenkorridorbau einen sehr ergiebigen Luftwechsel, was für das kleine Landkrankenhaus von großer Bedeutung ist, da es sich die Anlagen künstlicher Lüftungseinrichtungen nicht gestatten kann. In ihm muß die Lufterneuerung besonders durch die Fenster und durch Luftschächte erfolgen. Durch Oeffnen der Fenster und Türen an entgegengesetzten Wänden ist der Effekt je nach der Witterung (Wind, Temperaturdifferenz) und der Größe der Fenster sehr verschieden, doch genügen in der Regel 3—5 und höchstens 10 Minuten, um eine vollkommene Lufterneuerung in dem Raume hervorzurufen; dabei ist der Wärmeverlust, selbst bei niedriger Außentemperatur nur ein geringer. Das Verfahren empfiehlt sich demnach als periodische Lüftung. Um aber ein vollständiges Abfließen der unter der Decke sich ansammelnden schlechten Luftschichten zu ermöglichen, sind die Fenster so hoch wie möglich bis zur Decke zu führen (eine Forderung, die leider in vielen Krankenhausbauten viel zu wenig beachtet ist), und mit sogen. Kippfenstern (s. später) zu versehen. Die Wirkung dieser Ventilationseinrichtungen kann verstärkt werden, durch Abführung der Luft nach dem Korridor hin durch Jalousien in den Türfüllungen und von hier durch die Fenster nach außen. So unentbehrlich und wirkungsvoll die Fensterlüftung aber auch ist, so kann doch nicht immer von ihr Gebrauch gemacht werden, sei es aus Witterungsgründen, sei es wegen Belästigung der Kranken durch Zugerscheinungen usw. Zur Sicherung der

nötigen Ventilation sind deshalb Luftschächte anzulegen, die luft- und wasserdicht sein müssen, in ihrem ganzen Verlauf möglichst glatte Wandungen (Reibungswiderstand), keine Richtungsänderungen oder abgerundete Biegungen haben und einer bequemen Reinigung zugänglich sein müssen. An den Luftschächten sind in jedem Zimmer zwei Oeffnungen (Sommer- und Winter-Ventilation) anzubringen, die eine über dem Fußboden in 2 m Höhe, die andere dicht unter der Decke, damit jederzeit (Sommer und Winter) der Luftstrom an richtiger Stelle ein- resp. ausgeleitet werden kann. Die Klappenverschlüsse der Oeffnungen im Zimmer sollen möglichst einfach und so konstruiert sein, daß Oeffnung, Schließung und Reinigung leicht vor sich gehen können. Die Luftentnahmeöffnungen sind fern von Quellen üblen Geruches anzulegen, gegen Einregnen durch Ventilationstürmchen zu sichern und mit Insektenfiltern (grobmaschigen Geweben) abzuschließen. Die Enden der Abzugskanäle sind über Dach zu führen und mit Schutzvorrichtungen (z. B. Wolpertscher Rauch- und Luftsauger) zu versehen, damit ungünstiger Wind die nach oben steigende schlechte Luft nicht zurückschlägt und damit die Wirkung der Sonnenbestrahlung herabgesetzt wird. Die Abluft aus den Krankenzimmern für infektiöse Kranke sollte stets gesondert abgeführt werden. Im Winter soll die zugeführte Luft vor Eintritt in das Zimmer stets erst die Heizkörper passieren, um angewärmt zu werden. Man kann im Winter, besonders wenn die Zuführungskanäle mit der Heizung in Verbindung stehen, und wenn weiterhin die Abzugskanäle durch die nebenan verlaufenden Kamine erwärmt werden, sehr günstige Resultate erzielen, während im Sommer allerdings die Wirksamkeit eine geringere ist. Bringt man aber in ihnen sogen. Lockflammen an oder bei Vorhandensein einer Wasserleitung einen durch diese (mindestens 2—3 Atmosphären Druck) getriebenen Ventilator oder ein Wasserstrahlgebläse, so ist die Wirkung eine bedeutendere. Als Mindestmaß der Lufterneuerung sind 40 cbm für jedes Bett in der Stunde zu fordern. Der Nachweis der Erfüllung dieser Forderung ist bei den eben besprochenen Ventilationseinrichtungen in einem kleinen Krankenhause sehr schwer; es bleibt für die genaue Feststellung der Erfüllung obiger Forderung wohl nur der Nachweis des Kohlensäuregehalts der Luft zu verschiedenen Zeiten übrig.

Wenn die Forderungen des § 9 Abs. 3 der Anw. bezüglich der Heizung (ausreichende Erwärmung, wobei der Belästigung durch strahlende Wärme vorzubeugen ist, die Staubentwicklung von der Heizeinrichtung aus und Ueberhitzung der Luft an den Heizflächen zu vermeiden, jede Beimengung von Rauchgasen auszuschließen ist) erfüllt werden sollen, so ist bei der heutigen Vollkommenheit ihrer Einrichtung und der Exaktheit ihres Betriebes die Zentralheizung schon allein wegen ihrer großen hygienischen Vorzüge (gleichmäßige Erwärmung von einer Stelle aus, keine Ueberhitzung, kein weitläufiger Transport der Brennmaterialien, deshalb einfache Be-

dienung und große Ersparnis an Arbeitskräften, ferner keine Verunreinigung der Räume durch Brennmaterial und Aschestaub, geringe Abnutzung, gefahrloser Betrieb, Verbindung mit Ventilationseinrichtung usw.) gegenüber der Lokalheizung in Anwendung zu bringen. Auch aus dem Grunde, um bei der höheren Temperatur, die ein dringlicher chirurgischer Eingriff (z. B. eine Laparatomie) erfordert, den Anforderungen der Anti- und Asepsis im Operationszimmer möglichst gerecht zu werden, halte ich eine Zentralheizung für nötig. Bei ihrer Anlage ist darauf zu achten, daß die Heizkörper in den Zimmern möglichst glatt und einer leichten Reinigung zugänglich sind. „Bei Einfügung der Heizkörper in die Fensternischen kann man die an der Innenseite der Fenster herabfallende, abgekühlte Luft durch einen im Fensterbrett beginnenden Kanal bis hinter und unter die in den Nischen aufgestellten Heizkörper leiten; selbstverständlich ist dabei auch für den Wiederaustritt der so erwärmten Luft durch Gitter und dergleichen direkt über den Heizkörpern Sorge zu tragen.“ (v. Esmarch.)

Von Zentralheizungen, die für ein kleines Krankenhaus in Betracht kommen, sind die Warmwasserheizung, die Niederdruckdampfheizung, die Küchenherdzentralheizung von Friedrich Bressmer, Hamburg, die verbesserte Frischluft-Ventilationszentralheizung amerikanischen Systems von Schwartzhaupt, Spieker & Co., Frankfurt a. Main zu nennen. Der Preis für eine solche Zentralheizung, wenigstens der beiden ersteren, ist allerdings ein relativ höherer, als bei der Lokalheizung; im Durchschnitt nämlich können für 100 cbm zu heizenden Raumes bei der Niederdruckdampfheizung 200 M., bei der Warmwasserheizung 300 M. Anlagekosten gerechnet werden. Die Frischluftventilationsheizung ist nach dem Urteile sehr vieler und auch nach meiner Ansicht und Erfahrung die einfachste und in bezug auf die Anlagekosten und die Betriebskosten die billigste Zentralheizung, weil sie ungefähr nur die Hälfte der erstgenannten Anlagen kostet. Dabei ist sie in hygienischer Hinsicht den anderen völlig gleichwertig.

Die Versorgung eines kleinen Krankenhauses von beispielsweise 10 Räumen mit Lokalheizung durch amerikanische regulierbare Dauerbrandöfen (für Lokalheizung in einem kleinen Krankenhause möchte ich nur diese Oefen wegen ihrer vielen Vorzüge — sie können die ganze Heizperiode hindurch ohne Erlöschen in Betrieb gehalten werden, einmalige Beschickung pro Tag, sehr geringe Staub- und Rauchentwickelung, genau zu regulierende Wärme usw. — den anderen Oefen gegenüber als den hygienischen und pekuniären Anforderungen am besten entsprechend empfehlen), ist zwar wesentlich billiger, kostet aber mindestens 1000 M. Den geringeren Anlagekosten steht jedoch der spätere große Aufwand an Arbeitskräften für die zeitraubende Bedienung der Oefen gegenüber. Sollen nur gewöhnliche Oefen zur Heizung genommen werden, so muß ihre Bedienung und Beschickung, um die Staub- und Gas-

entwickelung in den Krankenzimmern zu vermeiden, vom Flur aus erfolgen, um auch den Kranken die Gelegenheit zu nehmen, ihre meistens sehr große Lust zum Nachheizen zu befriedigen. Dieses System hat allerdings den Nachteil, daß die Abführung der schlechten Luft im Krankenzimmer durch den Feuerraum des Ofens fortfällt.

Als beste hygienische Beleuchtung ist (nach v. Esmarch) stets die elektrische anzusehen, und zwar für kleinere Räume das elektrische Glühlicht. Da aber trotz der Ueberlandzentralen noch die meisten ländlichen Ortschaften, in denen kleine Krankenhäuser errichtet werden sollen, keine elektrische Zentrale besitzen, so wird häufig Gasglühlicht genommen oder, falls auch dieses nicht zu haben ist, eines der verschiedensten Arten von Glühlicht gewählt werden müssen, von denen ich das Luftgas durch Luftgas-Gasapparat von W. Horrer & Co. Hannover, oder das Aerogengas für ein kleines Krankenhaus wohl am meisten empfehlen kann, da es in einfachen, leicht zu bedienenden Apparaten hergestellt wird, billig im Betrieb ist und sich auch vorzüglich zum Kochen eignet, weil die Heizkraft eine ziemlich große ist. Sollte man aber aus pekuniären Gründen (eine solche Anlage kostet für ein kleines Krankenhaus etwa 1200 M.) von einer derartigen Anlage Abstand nehmen müssen, so muß die Einzelbeleuchtung mit Hängelampen genommen werden, die übrigens ebenfalls ausreichend ist. Die beste derartige Beleuchtungsart ist wohl das Spiritusglühlicht, das nach v. Esmarch „weiß, hell und ruhig ist, dessen Preis ein relativ geringer ist, und zweifellos als beachtenswerter Konkurrent unserer besten Beleuchtungsarten angesehen werden kann“; billiger ist allerdings das Petroleumlicht.

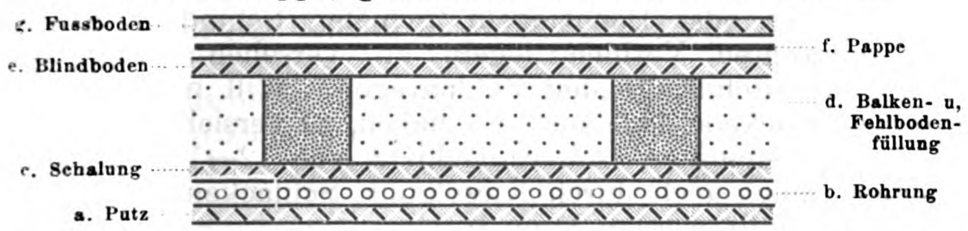
Bei der baulichen Ausführung des Krankenhauses ist darauf zu achten, daß das Fundament von sämtlichen Wohnräumen (das bis unter die Frostgrenze reichen muß) über den festgestellten, höchsten Grundwasserstand zu liegen kommt; es muß fest, trocken, wasserdicht und ein schlechter Wärmeleiter sein. Der Fußboden wie die Grundmauern müssen gegen die aufsteigende Bodenfeuchtigkeit geschützt sein. Dies geschieht durch Ausfüllen des Restes der Baugrube nach dem Aufmauern der Fundamente mit Kies oder Steinschlag, durch Abfangen des Grundwassers durch rings um das Haus gelegte Draingräben, durch Aufmauern der Fundamente aus sehr wenig porösem Material (festem Bruchstein, Beton, hartgebrannten Ziegeln, Klinkern), durch Isolierung der Grundmauern unter der Erde durch Bestreichung mit Asphaltteer oder Zement oder besser mit Keresit der Wunnerschen Bitumen-Werke in Unna in Westfalen oder mit Paraffin (Flügge), oberhalb der Bodenoberfläche (ungefähr in Erdbodenhöhe) durch Belegung der ganzen Grundmauern mit einer Isolierschicht (Bleiplatten, Asphalt und Teerpappe, Glasplatten, glasierten Klinkern, Keresit). Soll das Gebäude aber nicht unterkellert werden, so darf der (Holz-) Fußboden nicht direkt auf dem Erdboden liegen, sondern es muß zwischen ihm

und dem Erdboden, der aus reinem, trockenen, event. ausgeglühten Sand bestehen soll, eine Luftschicht freibleiben, die eine stete Ventilation unterhalb des Holzes unterhält, damit dieses nicht fault, und die Bildung des so gefürchteten Hausschwammes verhindert wird. Der Fußboden muß nach § 4 der Anw. mindestens 30 cm über der anschließenden Erdoberfläche liegen. Um das Eindringen von Ratten und Mäusen in die unter ihm befindliche Luftschicht zu verhindern, werden die Stellen der Mauern, die die Luftisolierung ermöglichen, mit Drahtgittern versehen. Schließlich müssen beim Bau des Untergrundes noch die Einrichtungen für den Einbau der Zu- und Abflußrohre für die Wasserleitung und die Abfallstoffe, für die teilweise ins Kellergeschoß zu verlegenden Wirtschaftsräume (Plättstube, Keller für Wein, Lebensmittel, Kohlen, Heizanlage, Lichtanlage), ferner event. der von den übrigen Kellern streng separat gelegene Raum zur Aufstellung der Tonnen für die Infektions- und Tuberkuloseabteilung berücksichtigt werden.

Der Fußboden in einem Krankenhause soll leicht zu reinigen und zu desinfizieren sein, dem Schmutz und den Bakterien keinen Platz bieten, deshalb möglichst fugenlos, wasserdicht, ohne Rillen und Ritzen sein. Wenn auch Holzfußboden nicht fugenlos ist, so dürfte er doch, da er der billigste ist, in den meisten Räumen und im Korridor wohl genügen, besonders wenn die Bretter ziemlich schmal genommen werden (zirka 15 cm breit) und mit Nutung, Spundung oder Federung fest in einander gefügt sind; denn so können sie sich fast nicht mehr ziehen. Trotzdem ist es zweckmäßig, die Fußbodenbretter auf die Lagerhölzer aufzuschrauben, anstatt wie üblich, zu nageln. Sie sind dann leichter abzunehmen und können, wenn sie stark abgenutzt oder wenn Rillen entstanden sind und diese nicht durch Holzleistchen oder mit Kitt ausgefüllt werden sollen, eventuell gegen neue passende Bretter ausgetauscht werden. Die Ecken und Winkel an den Seiten der Zimmer kann man durch dreieckige Holzleistchen, welche eine leichte Auskehlung haben, abrunden, aber auch durch Putz. Holzfußboden muß mit gutem Oelanstrich versehen sein; auch das staubbindende Oel, mit dem der Anstrich billig ist, ist zu empfehlen, (Dustless-Oel; Floricin, Nördlinger-Flörsheim). In den Zimmern für Infektionskranke und Tuberkulöse, im Operationszimmer, in den Aborten und Badezimmern, in der Küche, in dem Leichenhaus usw., darf der Fußboden dagegen nicht aus Holz bestehen; hier muß vielmehr ein fugenloser und sicher desinfizierbarer vorhanden sein, da ja die Bakterien in den Fußbodenrillen leicht der Desinfektion, speziell der mit Formaldehyd, entgehen. Für diese Räume soll deshalb der Fußboden aus Zement, Asphalt, Terrazzo, Laktoleum, Linoleum, Torgament etc. bestehen. Für Krankenzimmer haben allerdings die drei ersten Fußböden etwas Kaltes, Unwohnliches; für diese empfiehlt sfch daher Torgament oder Linoleum, das sich nach oben umbiegen und mit dem Wandverputz vereinigen läßt, so daß die Ablagerung von Schmutz, Staub

und Bakterien verhindert wird. Aus diesem Grunde möchte ich diesen Fußboden auch für alle Krankenräume sehr empfehlen. Das Linoleum wird am besten auf Zementestrich verlegt, der aber vorher ausreichend ausgetrocknet sein muß und zweckmäßig vor dem Verlegen noch mit einem Teeranstrich versehen wird.

Ebenso wichtig wie die Konstruktion der Fußböden in einem Krankenhause ist die der Zwischendecken, die folgende Anforderungen erfüllen müssen: Schlechte Schall- und Wärmeleiter, keine Fäulnis- und Infektionskeime enthaltend, trocken, nicht zu schwer, möglichst schwer entflammbar und möglichst billig. Eine Konstruktion, die neben ihrer verhältnismäßigen Billigkeit gegenüber anderen Konstruktionen obigen Anforderungen im großen und ganzen entspricht, ist die von Nußbaum empfohlene Zwischendecke: Es folgen von unten nach oben: a. Putz, b. Rohrung, c. Schalung, d. Balken und Fehlbodenfüllung (ausgeglühter Sand oder Kalktorf), e. Blindboden, f. wasserdichte Pappe, g. oberste Fußbodenbretterschicht.



Im Gegensatz zu dieser Decke erfüllt die massive Decke alle hygienischen Anforderungen, nur ist sie teuer. Sie wird aus Eisen und Beton oder Stein hergestellt. Wird hierauf Gipsestrich oben aufgelegt, auf diesen dann Asphaltpappe und darauf Linoleum oder ein anderer fester Belag, so stellt diese Deckenkonstruktion die vollkommenste für ein Krankenhaus dar. Hiermit glaubt Ingenieur Ruff in Frankfurt a. M. auch die Lösung der Hausschwammfrage nur in der Technik des Bauens gefunden zu haben; er bezeichnet die seit Jahrhunderten hergestellten Holzfüllungsdecken vom bautechnischen Standpunkte hinsichtlich der Schwammsicherheit als einen absoluten Baukonstruktionsfehler. Auch der durchgehende Deckenbalken, welcher nicht isoliert in der Füllungsmasse liegt, ist als ein solcher Fehler zu betrachten. Die Holzdecken müssen daher ausgeschaltet werden und die starre, massive Decke an ihre Stelle treten. Um absolute Sicherheit zu bekommen, dürfen die Balkenköpfe nicht im Mauerwerk gelagert werden, sondern es sind in erstere Aufleger mit Luftlöchern und Verschraubungen anzuordnen.

Die hygienischen Anforderungen an die Wände sind: Festigkeit, Trockenheit, schlechte Wärme- und Schallleitung, leichte Desinfizierbarkeit, keine giftigen Bestandteile (Arsen) enthaltend.

Sind die Innenwände aus gutem trockenen Material (stark gebrannten Ziegelsteinen) in entsprechender Dicke gebaut,

sind sie unten gut isoliert, ist der Verputz durch reichlichen Zementzusatz ein möglichst fester, (für die Decken auch Gipsverputz mit Wasserglaszusatz), der Anstrich ein vorschriftsmäßiger, (entweder der desinfizierende billige, leichterneuerbare Kalkanstrich mit beliebigem, am besten blaßgelbrötlichem Farbenton, oder der glatte und für Wasser undurchläßliche und leicht abwaschbare Leim-, Wachs- und Oelfarbenanstrich, oder der Porzellan- Emaillefarbenanstrich oder schließlich der Anstrich mit dem teuren Vitralin und Ripolin) so ist für diese Wände den Anforderungen schon genügt! Am besten ist es, die Wände unten $1\,{}^1/_2$—2 Meter hoch mit abwaschbarer Oelfarbe und darüber mit Kalk- oder Leimfarbe zu streichen.

Für die Außenwände (keine hygroskopische Steine, die schwefelsaure oder salpetersaure Salze enthalten, kein Mörtel, durchsetzt mit Kalziumchlorid oder Nitraten) würde ich empfehlen, wenn auch nicht sämtliche Außenwände, so doch wenigstens die Regenschlagseite mit Zementverputz oder mit Schieferplatten oder Dachziegeln, Schiefer, Schindeln, Keresit, stark gebrannten Verblendziegeln zu versehen zum Schutz gegen den durchdringenden Schlagregen. Will man in jeder Jahreszeit trockene Außenmauern haben, so versieht man diese mit einer sogenannten Isolierluftschicht von 12—14 cm Breite, die eventl. auch noch durch Kieselguhr, Schlackenwolle, Korkabfälle ausgefüllt werden kann.[1])

Das Dach soll Schutz gegen atmosphärische Niederschläge, gegen Sturm und Blitz und gegen Feuergefahr bieten. Zu seiner Herstellung wird am besten das in der betr. Gegend gebräuchliche einwandfreie Material (gewöhnlich und auch wegen des billigen Preises: Ziegel) genommen. Es soll ziemlich weit überstehen um dadurch das Gebäude vor Regen zu schützen, und mit Dachrinnen und Blitzableitern ausgestattet sein.

Die Größe der Fenster ist durch den § 6 der Anw. bestimmt; danach sollen die Fensterflächen in mehrbettigen Krankenzimmern mindestens ${}^1/_7$ der Bodenfläche, in Einzelzimmern mindestens 2 qm betragen. Die Breite der Fenster ist auf 1,30—1,50 Meter zu bemessen; ihre Flügel müssen sämtlich zum Oeffnen nach innen eingerichtet sein. Das sogen. Oberlicht muß nach innen aufklappbar als Kippfenster mit seitlichen Backen (gegen das Herabfallen der kalten einströmenden Luft) und mit einer zweckentsprechenden Stellvorrichtung versehen sein. Die Fenster sollen, ebenso wie die Türen, mit einfacher, abgerundeter Pro-

---

[1]) Das ist nach den Erfahrungen des Herausgebers kein sicheres Mittel gegen Außenfeuchtigkeit; im Gegenteil, der in die Luftschicht beim Bau unmeidlich hineinfallende Mörtel, der sich besonders auf den sog. Bindern ablagert, sowie alles spätere Füllungsmaterial übermitteln die Außenfeuchtigkeit auf die Innenwand, so daß diese an der Schlagregenseite immer feucht bleibt. Das beste Mittel sind hiergegen nur hinreichend starke (mindestens 2 Stein starke) massive Wände aus gut gebrannten, in Zementmörtel verlegten Steinen. Red.

filierung hergestellt sein, damit sie leicht gereinigt werden können; zahlreiche Sprossenteilung (die jetzt üblich kleinen Fensterscheiben) sind unbedingt zu vermeiden; sie beeinträchtigen nicht nur den Einfall des Lichtes, sondern erschweren die Reinhaltung der Fenster ganz außerordentlich.

Die Türen seien aus einwandfreien Holz hergestellt, möglichst einfach und glatt, leicht desinfizierbar, von genügender Breite (mindestens 1,20 Meter), um auch ein Bett transportieren zu können, eventl. zweiteilig, nach dem Flur hin aufschlagend; sie sollen gut und möglichst geräuschlos schließen[1]. Türen und Fenster sind in den Krankenzimmern so anzubringen, daß bei ihrer Oeffnung die Durchlüftung der Räume eine möglichst vollkommene ist.

Für das Operationszimmer, in dem bei kleinen Krankenhäusern nicht allein aseptische, sondern auch septische operative Eingriffe gemacht werden müssen, gelten die bei Besprechung des Infektionszimmers erwähnten Vorschriften; deshalb muß auch das Innere dieses Raumes mit ganz besonderer Rücksicht auf eine leichte Reinhaltung hergestellt werden. Der Fußboden sei fugenlos (wie schon erwähnt) und bestehe aus Terrazzo oder aus besten Mettlacher Fliesen, mit Senkung nach der Mitte zu, wo sich ein Ablauf mit Wasser oder Oelverschluß (Lautenschläger) befinden muß. Als Wandanstrich ist eine Emaillefarbe z. B. Vitralin, Ripolin, eventl. auch Oelfarbe zu nehmen. Steinbekleidung (glasierte Kacheln etc.) ist zwar teuer, der leichten Desinfektion wegen aber warm zu empfehlen. Um auch den geringsten Staub leicht sichtbar zu machen, sei alles in weißer Farbe gehalten. Die Röhren für Gas- und Wasserleitung müssen am besten in die Wände verlegt sein. Aeußerst bequem ist es, wenn an die Wasserleitung ein Schlauch mit Sprenghahn-Garnitur zum Abspritzen des Fußbodens oder beschmutzter Teile angeschlossen werden kann.

Nicht unbedingt nötig, aber sehr sauber und empfehlenswert ist es, den Sterilisationsapparat für Instrumente und Verbandstoffe in die Wand einzubauen und mit besonderen Abzug zu versehen. Auch kann man, besonders bei Platzmangel, den Instrumentenschrank in die Wand einbauen.

Um einen bequemen Transport der Kranken bewerkstelligen zu können, muß die Tür breit sein (mindestens 1,50 m). Desgleichen ist für sehr ausgiebige Beleuchtung zu sorgen, die am besten durch sog. Lichterker mit Oberlicht erreicht wird. Durch die oberen Fensterteile (leicht zu öffnende Kippflügel) erfolgt die Ventilation. Die unteren Teile der Fenstern sind, um das Hineinsehen von außen unmöglich zu machen, am besten mit mattiertem Glase zu verblenden. Außen vor den Fensten muß sich ein gut funktionierendes, vom Zimmer aus zu bedienendes Holz-

[1] Sehr zu empfehlen sind sogenannte furnierte Türen, die allerdings wesentlich teurer sind, aber ganz glatte Flächen haben ohne jede Profilierung. Red.

rouleau befinden. Die künstliche Beleuchtung sei eine ausgiebige, desgleichen die Heizung, damit vorkommendenfalls (bei Bauchoperationen z. B.) die nötige Wärme erzeugt werden kann. Die Heizkörper müssen der leichten Reinigung halber glatt sein. Zwei Waschbecken, welche Zuflüsse mit Armhebel für warmes und kaltes Wasser (eventl. Mischbatterien) und einen Abfluß nach unten haben sollen, müssen an der Wand befestigt sein, über ihnen eine Wandkonsole mit Glasplatten für Standgefäße. Sehr gut ist es, wenn die operativen Eingriffe bei septischen Erkrankungen, die ja auf dem Lande infolge mangelnder Körperpflege und Reinlichkeit sehr viel vorkommen, in einem kleinen Extrazimmer vorgenommen werden können und wenn das eigentliche Operationszimmer nur für sogenannte aseptische Operationen dient.

Die zur sofortigen sachgemäßen Unterbringung von Deliranten und gefährlichen Geisteskranken dienende Isolierzelle muß besondere, vom üblichen Bau eines Zimmers abweichende Einrichtungen haben (Min.-Erl. vom 26. März 1901). Der Raum muß so erwärmt werden können, daß die Feuerung für den Kranken unzugänglich ist; der Heizkörper muß deshalb mit einem Mantel umgeben, der Beleuchtungskörper über der Tür in einer Nische hinter einer Schiffsglasscheibe angebracht sein, damit der Kranke selbst unter Zuhilfenahme von Gegenständen der Zimmereinrichtung ihn nicht erreichen kann. Tür- und Fensterschlösser sollen ohne Riegel und Klinken sein. Die Tür (Doppeltür) muß ein Guckloch haben und die Innentür an ihrer Außenseite gepolstert sein, um den Schall zu dämpfen. Die Fenster werden am besten aus 2 cm starken in eisernen doppelten ⊤förmigen Sprossen gefaßten, nicht zu großen Scheiben aus Roh- oder Spiegelglas hergestellt, deren Oberlicht stellbar ist. Eine Vergitterung ist dann nicht erforderlich. Für besonders gute Lüftung des Raumes ist mit Rücksicht auf die unreinen Kranken zu sorgen. Der Fußboden wird am besten aus Linoleum, Torgament oder aus Eichenriemen in Asphalt hergestellt.

Das Badezimmer muß einen wasserundurchlässigen Boden (Terrazzo, Fliesen, Zement eventl. mit Keresit) haben, mit Ablauf nach einer Seite hin und nicht zu engem (50 mm) Abflußrohr mit Sieb von 10 mm Maschenweite und Geruchsverschluß. Die Wände erhalten am zweckmäßigsten Zementverputz, Oelfarbe oder Kachelbelag, keine dunklen Winkel im Baderaum. Ventilation ist erforderlich, um erwärmte Luft einzuführen. Besondere Erwärmung ist notwendig, wenn der Badeofen nicht zugleich heizt. Die Anlegung einer Dusche (für Brausebäder) über der Stelle, wo die Badewanne stehen soll, ist stets nötig. Da Fenstervorhänge nicht in ein Badezimmer gehören, so sind die Fenster mit Milchglas- oder Kathedralglasscheiben zu verblenden. Wenn irgend möglich, sollte in jedem Krankenhause auch eine bewegliche, auf Rädern ruhende Badewanne vorhanden sein.

Bezüglich der Aborte ist noch folgendes zu bemerken. Bei Wasserspülung ist ein Syphon- oder ein sogenanntes Auswaschklosett (Wash-out Klosets) zu empfehlen, das am meisten den hygienischen Anforderungen entspricht und den von unten aufsteigenden Geruch nicht durchläßt. Auch kann man dann den Vorraum als Waschraum einrichten, was recht empfehlenswert ist. Der Boden, bestehe aus Fliesen, Terrazzo-Zement. Der Abortsitz soll von 3 Seiten freistehen und mit einem gut schließenden Deckel versehen sein. Die obere Holzschicht des Abortes soll aufklappbar sein, um den Falltrichter als Pissoir benutzen zu können. Vom Fallrohr muß ein besonderes, nicht zu enges Entlüftungsrohr bis über das Dach hinausgeführt werden, oder der Klosettraum muß durch ein besonderes neben dem Schornstein verlaufendes Ventilationsrohr gelüftet werden. Für Männer sind Pissoire in einem besonderen Abteil des Abortraumes anzubringen, falls sich ihre Anbringung nicht durch die Herstellung von Spülklosetts erübrigt.

Zum Schluß noch einige Worte über die in einem Nebengebäude unterzubringenden Räume (Desinfektionsraum, Leichenkammer, Waschküche). Der Desinfektionsapparat erfordert zwei kleine von einander getrennte Räume, in deren massiver Trennungswand (Mauer, Wellblech, Stein) er eingebaut ist, so daß an seiner einen sogenannten „unreinen“ Seite die mit Ansteckungsstoffen verunreinigten Gegenstände eingeführt, an der anderen „reinen“ Seite nach erfolgter Desinfektion aus ihm herausgenommen werden können. Der Durchgang des Desinfektors von der unreinen zur reinen Seite erfolgt am besten durch eine Badezelle, in der der Desinfektor ein Reinigungsbad nehmen kann. Der Fußboden sei aus Zement, Asphalt oder gut gefugtem Ziegelsteinpflaster. Die Wände müssen abwaschbar sein und dürfen keine Winkel haben.

In diesem Nebengebäude dürfen nach § 17 der Anw., wie schon erwähnt, auch der Leichenraum und die Waschküche untergebracht werden, wenn die Anlagen untereinander durch eine massive Wand vollständig getrennt werden. Der Leichenraum soll soviel Licht von außen erhalten, daß eine Sektion möglich ist; aus diesem Grunde muß auch für künstliche Beleuchtung sowie für Heizung gesorgt werden. Der Fußboden muß wasserdicht aus Asphalt, Zement, Terrazzo oder Fliesen hergestellt sein. Der Raum soll so liegen, daß er dem Anblick der Kranken möglichst entzogen ist. — Die einzelnen Räume der Waschküche (Annahme-, Sortier- und eigentlicher Waschraum) sollen (nach v. Esmarch) so nach einander angeordnet sein, daß die Wäsche sie alle nur einmal passiert; sie müssen außerdem abwaschbare Wände, wasserdichte Fußböden, ausreichenden Abfluß haben, gut beleuchtet sein, sowie genügend ventiliert und erwärmt werden können.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Schulhygiene.

Die geistige Ermüdung der Schuljugend. Ermüdungsmessungen und ihre historische Entwicklung. Von Dr. Th. Altschul-Prag. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 69, Heft 2.

In einer sehr ausführlichen, die Literatur im weitesten Maße berücksichtigenden Weise behandelt der auf dem Gebiete der Schulhygiene rühmlichst bekannte Verfasser das Problem der geistigen Ermüdung der Schuljugend. Leider kann auf Einzelheiten hier nicht eingegangen werden, es muß auf die sehr lesenswerte Arbeit verwiesen werden; jedoch sei ausgeführt, daß trotz aller Mühe bis heute der Komplex der Ermüdungsfragen noch keineswegs völlig geklärt ist. Verfasser steht auf dem Standpunkt, daß die Ermüdung sowohl im Berufsleben, wie bei der Schularbeit etwas mehr weniger nebensächliches ist; denn die Ermüdung ist die Reaktion auf eine Arbeit, sie ist etwas natürliches und wird durch Erholung beseitigt. Ausschlaggebend ist die größere oder geringere Ermüdbarkeit; sie ist pathologisch, sie verlangt zweckentsprechende Berücksichtigung in der Schule und ist die Ursache zur Frage der Ueberbürdung, da die leicht Ermüdbaren früh versagen. Es muß deshalb das Bestreben sein, die Jugend so widerstandsfähig zu machen, daß sie den Anforderungen ihres Berufes — d. i. die Schule — gewachsen ist. Die Schule ist nun einmal kein Sanatorium, sondern ein Gewerbe, ein Beruf, und überall im modernen Leben gelten nicht „Mindestforderungen", sondern es gilt zum Wohle des Volkes, alle Kräfte möglichst anzuspannen und durch zweckmäßige Uebung eine Erstarkung derselben herbeizuführen. Dr. Mohrmann-Stade.

Welche körperlichen Minderwertigkeiten beeinflussen hauptsächlich den allgemeinen Gesundheitszustand der Schulanfänger? Von Dr. Adolf Thiele, Schularzt in Chemnitz. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1911, Nr. 7.

Verf. legt seiner Arbeit die Ergebnisse der Anfängeruntersuchungen an den Volksschulen von Chemnitz aus den Jahresberichten von 1901—1909 zu Grunde. Das Material ist reichhaltig, da jeden Ostern durchschnittlich 5000 Kinder untersucht werden. Verf. ist der Ansicht, daß maßgebend für die gesundheitliche Beurteilung der Schulkinder auf Grund schulärztlicher Untersuchungen nur die Anzahl der mit „Schlecht" beurteilten Kinder ist, da eine exakte Trennung von „Gut" und „Mittel" beurteilten Kindern nicht möglich ist. Als „Schlecht" in Körperbeschaffenheit ergaben sich im Durchschnitt 2,2% der Kinder; bei jedem dieser Schulanfänger waren sicher in irgendeiner Beziehung minderwertig: Herz, Auge, Haut; fast immer sind minderwertig: Nasenrachenraum und Blut. Kommen dazu Minderwertigkeiten von Lunge, Ohr und Nervensystem, so ist der schlechteste Gesundheitszustand geschaffen. Als Ursache aller dieser Schädigungen zeigt sich stets die Rhachitis als ausgesuchte Großstadtkrankheit. Dr. Solbrig-Arnsberg.

Die häusliche Arbeit des Schülers. Von Dr. H. Heinlein, Oberlehrer an der Volksschule; Dr. M. Offner, Professor am k. Ludwigs-Gymnasium; Dr. J. Kibuß, Professor an der k. Luitpold-Kreisoberrealschule. München 1911. Verlag von Otto Gmelin. Preis: 1,20 M.

Die 3 Autoren stimmen darüber überein, daß Hausaufgaben notwendig sind. Für die unteren Klassen der Mittelschulen werden 1 Stunde, für die Mittelstufe 2 Stunden, für die Oberklassen 3 Stunden empfohlen. Sonntag ist völlig freizulassen. Nicht die Hausaufgabe als solche bringt Ueberbürdung, sondern die ungünstigen Außenverhältnisse, unter denen die Hausaufgaben zu fertigen sind. Diese Außenverhältnisse können nur Hand in Hand mit der Familie gebessert werden. Alle drei Autoren stimmen über die Anforderungen überein, die die Hausaufgaben voraussetzen: 1. Gut angelegter Lehrplan für den Unterricht selbst. 2. Sichtung des Unterrichtsstoffes. 3. Eintragung aller Hausaufgaben in das Klassenbuch. 4. Die Bestimmung, daß vom Vormittag auf Nachmittag

keine Arbeit verlangt wird, ebenso, daß der Sonntag und die Ferien mindestens von schriftlichen Arbeiten frei zu bleiben haben. 5. Berücksichtigung besonderer Verhältnisse: Jahreszeit, auswärtige Schüler, Krankheit, Genesung und insbesondere Pubertät. 6. Die Hausaufgabe darf nicht den Unterricht ersetzen. 7. Methodische Anpassung des Schulunterrichtes. 8. Verknüpfung mehrerer Fächer. 9. Entlastung übergroßer Klassen. 10. Vermeidung allzugroßer Belastung des Gedächtnisses. 11. Ernste Würdigung und Korrektur der häuslichen Arbeit. 12. Stärkere Betonung des Klassenlehrersystemes, besonders in den unteren Klassen. 13. Anweisung der Schüler zur Erledigung häuslicher Arbeiten. 14. Anleitung des Elternhauses zur Ueberwachung häuslicher Arbeiten. Von Seiten der Eltern wird verlangt: Beaufsichtigung der Schüler, zweckmäßige Zeiteinteilung, hygienische Maßnahmen zur Fertigung der Arbeiten, beschränkte Verwendung der Schüler zu anderen Arbeiten.

Alle drei Autoren geben Winke, wie man die einzelne Anforderung erfüllen kann. Dr. Graßl-Kempten.

Schulturnen und Arzt. Von Dr. Adolf Thiele-Chemnitz. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1911, Nr. 11.

Verfasser, der der Erziehung des Körpers genau dieselbe Bedeutung beimißt, wie der Erziehung des Geistes, und darum das Turnen nicht als „Fach" angesehen wissen will, stellt folgende Leitsätze für das neue Schulturnen auf:

1. Wesentlicher Erziehungsgegenstand der Schule sind die Leibesübungen, die in allen Klassen stattfinden müssen.

2. Jedes Schulkind ist verpflichtet, an den Schul-Leibesübungen teilzunehmen nach dem ärztlich (schulärztlich) festgestellten Maße seiner Körperbeschaffenheit.

3. Die Schul-Leibesübungen finden täglich statt, sie bestehen aus
a. Frei- (Atem-) Uebungen (Pausenturnen) und
b. volkstümlichen Uebungen und Turnspielen.

4. Die Frei- (Atem-) Uebungen werden jeden Vormittag in einer hierzu bestimmten längeren Pause möglichst von der ganzen Schule gemeinsam vorgenommen, und zwar bei nur einigermaßen günstigem Wetter im Freien (Schulhof), bei schlechtem Wetter in den gelüfteten Klassenzimmern.

5. Die volkstümlichen Uebungen und Turnspiele finden möglichst jeden Nachmittag auf dem Schulhofe oder einem Spielplatze statt; bei ungünstigem Wetter tritt an die Stelle dieser Uebnugen ein gemeinsamer Spaziergang oder Marsch. An die Stelle der Nachmittagsübungen können Baden, Schwimmen, Schlittschuh-, Schneelaufen oder Rodeln treten.

6. Da die Leibesübungen auf diese Weise nach rein ärztlichen Gesichtspunkten stattfinden, ist eine Zensurerteilung über die Leistungen ausgeschlossen. Um den Ehrgeiz der Schüler anzufeuern, Lust und Liebe zu körperlicher Uebung zu fördern, erhalten die besten Schüler in alljährlich an unseren Nationalfesttagen stattfindenden Wettkämpfen Ehrenpreise (Eichenkränze).

7. Das eigentliche Turnen beginnt mit Abschluß der ersten acht Schuljahre (z. B. in der Fortbildungsschule) nach den gleichen gesundheitlichen Differenzierungsgrundsätzen. Dr. Solbrig-Arnberg.

Turnbefreiungen. Von Dr. Max Rothfeld, Schularzt in Chemnitz. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1911, Nr. 7 und 8

Verf. bespricht eingehend die Leiden und Körperzustände, die eine völlige oder teilweise Befreiung vom Turnunterricht bedingen. Nur dann darf völlige Turnbefreiung eintreten, wenn auch bei den am wenigsten anstrengenden Uebungen Gefahr für die Gesundheit vorliegt, oder wo die notwendige Individualisierung beim allgemeinen Turnunterricht nicht durchführbar ist; in anderen Fällen ist teilweise Befreiung vom Turnen geboten. Um die Befreiungen vom Turnunterricht nach Möglichkeit einzuschränken, empfiehlt Verf. 1) Befreiung nur nach ärztlichem Zeugnis, 2) ein in Betracht ziehen der turnerischen Leistungen zur Beurteilung der Gesamtzensur bei der Abiturientenprüfung, wie es in Hagen in Westfalen schon geschieht, und 3) Forderung einer gewissen Turnfertigkeit für den Eintritt zur Militärdienstzeit. — Verf. hat unter Mitwirkung Chemnitzer Schulärzte und Turnlehrer eine „Turnbefreiungs-

tafel" verfaßt, die die bedeutungsvollen Gesundheitsstörungen und die hierbei zu vermeidenden Uebungsformen enthält. Dr. Solbrig-Arnsberg.

Ein neuer Meßapparat zur Feststellung ungleicher Beinlänge bei statischer Skoliose. Von Prof. Dr. Schmidt-Bonn. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1911, Nr. 8.

Verf. hat für die Zwecke des Schularztes von der Werkstätte für Schuleinrichtung von P. Joh. Müller-Charlottenburg einen einfachen und handlichen Meßapparat bauen lassen zur Feststellung von Beckensenkung als Ursache statischer Skoliose, der es ermöglicht, in wenigen Augenblicken den Höhenunterschied der oberen Beckenränder rechts und links zu bestimmen, und damit den kostspieligen Zanderschen Meßapparat, sowie die nicht sehr zuverlässige Messung der Beinlängen mit einem Bandmaß für Massenuntersuchungen von Schulkindern vorteilhaft ersetzt.

Dr. Solbrig-Arnsberg.

Schulbankerfahrungen und Breslauer Stuhl-Tischsystem. Von Stadtarzt Dr. Oebbeke-Breslau. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1911, Nr. 9 und 10.

Nach einer allgemeinen Differenzierung der Schulbanksysteme bespricht Verf. die Forderungen, die an eine Schulbank zu stellen sind, und wie weit diese von den einzelnen Systemen in anatomischer, hygienischer, pädagogischer und unterrichtlicher Hinsicht erfüllt werden. Nach seinen langjährigen Erfahrungen empfiehlt sich für die kleineren Schüler am meisten der Zweisitzer mit unveränderlicher Schreibdistanz, in dem die Schüler beim Ruhesitz und beim Schreibsitz in Null- oder Minusdistanz sitzen müssen, und der dadurch als „ein nützlichen Zwang ausübender Geradehalter" dient. Für die ersten 6 Schuljahrgänge sind darum in sämtlichen Breslauer Schulen Zweisitzer ohne bewegliche Teile mit Nulldistanz eingeführt. — Aelteren Schülern und Schülerinnen will Verf. im Hinblick auf die stärkere Entwickelung der Brust- und Bauchorgane im Ruhesitz mehr Raum gewähren, darum erhalten sie Zweisitzer mit verschiebbarer Tischplatte, also mit Steh- und Sitzplusdistanz. Für die Mädchen vom 7.—13. Schuljahrgang hat Verf. ein Stuhl-Tischsystem konstruiert, bei dem Tisch und Sitz völlig getrennt sind; der Sitz ist ein leicht gebauter Sesselstuhl mit reklinierter Rückenlehne, die in Seitenlehne übergeht. Die Höhe der Tischplatte bleibt immer gleich, was ein Zusammenstellen der Tische gestattet, aber Fußbretthöhe und Sitzplattenhöhe sind zur Anpassung an die Körpergrößen veränderlich. Die Kosten stellen sich auf 16,00 M. pro Sitz. — Verf. hat hierdurch ein Einsitzersystem mit Langtischen geschaffen, das sich an alle Anforderungen anpassen läßt, und mit dem er durchaus gute Erfahrungen gemacht hat.

Dr. Solbrig-Arnsberg.

Platz und Belichtung der Schulwandtafel. Von C. Richter-Guben. Gesundheitswarte; 1911, Nr. 9.

Die Mitteltafel kann ev. bestehen bleiben; als Haupttafel ist eine zwischen Lehrerpodium und Türwand zu fordern, die eine Gestelltafel sein muß, am besten doppelseitig beschreibbar, verschiebbar und auf Rollen, wie sie von verschiedenen Fabriken als Patenttafeln geliefert werden — z. B. Glasmachers in Essen, D. R. P. Nr. 94618. — Solche Tafel kann an dieser Stelle bei schräger, den Kindern zugewandter Aufstellung nie blenden und läßt die Aufschrift tadellos erkennen. Die schräge Stellung erleichtert das Anschreiben und die Reinigung. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Lehrer und Waisenpflege. Vortrag gehalten auf der amtlichen Kreislehrer-Konferenz zu Altona am 30. Januar 1911 von Dr. Herford, Schularzt in Altona. Halbmonatschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1911, Nr. 18.

An der fortschreitenden Entwickelung der Jugend-Fürsorge ist die Schule hervorragend beteiligt, weil doch ein großer Teil der Fürsorge-Einrichtungen den schulpflichtigen Kindern gilt. Für die Säuglinge wird bereits

gesorgt; es fehlt aber noch eine entsprechende Fürsorge für die in das Schulalter eintretenden Kinder. Hier handelt es sich nicht nur um das gesundheitliche Gedeihen des Kindes, sondern es sind auch erzieherische Aufgaben zu erfüllen.

Bei dem gesundheitlichen Gedeihen spielen die Wohnungsverhältnisse eine große Rolle; hier ist besonders auch auf die Schlafräume zu achten. Sodann bedürfen die Kinder, die regelmäßig und gewerbsmäßig beschäftigt werden, einer Kontrolle.

Vortragender weist auf die Ausnutzung der Kinder zum Betteln hin, bespricht die Behandlung der durch Anlage schwer erziehlichen, der im weitesten Sinne abnormen Kinder, der Psycho- und Neuropathen, der Schwachsinnigen, der Epileptiker, Hysteriker usw.

Bei den leicht Schwachsinnigen ist die Intelligenz oft relativ wenig beschädigt, während sich auf ethischem Gebiete auffallende Defekte bemerkbar machen. Es wird die leichte Beeinflußbarkeit und Verführbarkeit dieser Kinder erwähnt. Bei Beurteilung derartiger Kinder kann ein erfahrener und gewissenhafter Waisenpfleger dem Arzte viel helfen; ausgiebige Betätigung der Lehrer in der Waisenpflege würde eine dankenswerte Ergänzung der Kinderfürsorge-Bestrebungen bilden. Dr. Hoffmann-Berlin.

3. Bekämpfung des Alkoholismus.

Beiträge zur Frage des chronischen Alkoholismus. Von Dr. Fahr. Virchows Archiv, Bd. 205.

Nach den Untersuchungen des Verf. an Alkoholiker-Leichenmaterial und an Tierexperimenten kann sowohl bei der Pachymeningitis hämorrhagica wie bei der Leberzirrhose dem Alkohol eine wenn auch nur vermittelnde Rolle in der Aetiologie dieser Prozesse zugeschrieben werden; hinsichtlich der chronischen Nephritis und der Arteriosklerose ist der Zusammenhang noch viel unsicherer. Weitaus die wichtigste und häufigste Organveränderung bei Alkoholisten stellt jedoch die Fettleber dar, die nicht immer schon makroskopisch erkennbar zu sein braucht und die nicht selten auch mikroskopisch entzündliche Veränderungen aufweisen kann. Auch das Fettherz (Fettdurchwachsung des Herzmuskels) ist eine häufige Erscheinung bei Alkoholisten; endlich sind vielleicht auch degenerative Prozesse am Nervus vagus u. a. für die plötzlichen Todesfälle bei Potatoren verantwortlich zu machen.
Dr. Merkel-Erlangen.

Vergleichende Messung der Alkoholwirkung. Von Heinrich Göring. Psychol. Arbeiten; herausgegeben von Emil Kraepelin. Bd. VI, Heft 2, S. 281. Leipzig 1911. Verlag von Wilhelm Engelmann.

An 11 Männern wurde über die Wirkung des Alkohols auf das Auffassungs- und Rechenvermögen sowie auf die motorische Kraft experimentiert. Zur Messung der Auffassungsfähigkeit diente das von Kraepelin angegebene Pendeltachistoskop; das Rechenvermögen wurde durch Addition einstelliger Zahlen geprüft. Als Kraftmesser diente das von Weiler angegebene Arbeitsschreiben. An diesem Arbeitsschreiben wurden die Pressungen im Rhythmus von 2 Sekunden ausgeführt. In der Pause zwischen dem je 25 Minuten währenden Vorversuch und Hauptversuch wurden an den Alkoholtagen 40 ccm Alkohol gemischt mit 50 ccm Wasser und 30 ccm Himbeersaft verabfolgt. (M. E. wirkt die Menge von 40 ccm Alkohol — vielleicht enthielt auch der Himbeersaft noch Alkohol — in einem oder zwei Schluck getrunken zu stark toxisch, als daß daraus Schlüsse auf die Alkoholwirkung für das gewöhnliche Leben gezogen werden dürfen. Der Experimentator mußte sich bei seinen Versuchen an weiblichen Pflegerinnen davon überzeugen, daß 40 ccm Alkohol hinreichten, starke Benommenheit und Müdigkeit zu erzeugen. Ref).

Bei den 11 Männern war die Prüfung der Ergebnisse nicht leicht. Auffassungs- und Rechenvermögen wurden in der Regel in geringem Grade verschlechtert. Bei drei Männern fand eine Verbesserung der Rechenleistung statt. Auf die Kraft übt der Alkohol entweder eine lähmende oder eine anregende Wirkung aus; dementsprechend leistete etwa die Hälfte der Versuchspersonen mehr, die andere Hälfte weniger. Eine starke Verschlechterung darf nicht als

eine prinzipielle, sondern als eine graduelle Abweichung aufgefaßt werden; denn sie tritt auch in der Norm bei großen Gaben auf. Dagegen muß man eine starke Besserung als pathologisch bezeichnen; es handelt sich hier um eine besondere Zugänglichkeit für die anregende Wirkung des Alkohols. Eine solche gesteigerte Erregbarkeit findet sich besonders bei Psychopathen, Hysterischen, Epileptikern und Trinkern. Dr. Paul Schenk-Berlin.

Der Einfluß des Alkohols auf den Ablauf der Vorstellungen. Von Moritz Schmidtmann. Psychol. Arbeiten; herausgegeben von Emil Kraepelin. Bd. VI, Heft 3, S. 300. Leipzig 1911. Verlag von Wilh. Engelmann.

Der Einfluß des Alkohols auf den Ablauf der Vorstellungen ist bereits verschiedentlich experimentell untersucht worden, so von Kraepelin, Fürer, Rüdin, Smith; die vorliegenden Resultate sind jedoch nicht eindeutig genug. Auch ist das Problem nicht nach allen Seiten durchgearbeitet worden. Schmidtmann ließ von seinen Versuchspersonen 150 Assoziationen bilden, im Vorversuch 50 und nach einer Pause von 10 Minuten im Hauptversuch 100. In der Pause wurden an den Alkoholtagen 40 ccm Alkohol versüßt mit etwas Himbeersirup gegeben. Der Experimentator gelangt zu folgenden Schlußsätzen über die Wirkung des Alkohols:

1. Bei den freien Assoziationen begünstigt der Alkohol das Auftreten von Klangassoziationen; zugleich werden die Assoziationszeiten verlängert.
2. Bei Subsumptionen zeigt sich eine leichte Zunahme der Fehler, keine Einwirkung auf die zeitlichen Verhältnisse.
3. Die Bildung einfacher Werturteilsassoziationen wurde durch den Alkohol nicht beeinflußt.
4. Das Auffinden von Reimen wird insofern erleichtert, als die hierzu nötige Zeit kürzer wird; zugleich macht sich eine starke Neigung zur Bildung sinnloser Reime geltend.
5. Die Ausführung von Uebersetzungen wird erschwert; die Reaktionszeiten werden länger; die Fehler nehmen an Zahl zu.

Dr. Paul Schenk-Berlin.

Die Psychologie des Alkohols. Von Prof. Emil Kraepelin. Internationale Monatsschrift zur Erforschung des Alkoholismus; 1911, Juli—August.

Kraepelin vertritt die Ansicht, daß die Beeinflussung des Seelenlebens durch den Alkohol für alle Menschen im wesentlichen ein und dieselbe ist. Deswegen spricht er direkt von einer Psychologie des Alkohols und nicht etwa von einer Psychologie der Alkoholisten. Die normale Rauschwirkung des Alkohols ist nach Kraepelin: Erschwerung der Auffassung und des Denkens und anderseits Erleichterung des Wollens. Daher die Unfähigkeit des Berauschten zu schwierigerer Gedankenarbeit, die Verflachung des Gedankengangs, die ungenaue Auffassung, die Abnahme der Merkfähigkeit, die Verfälschung der Erinnerung. Diese Wirkungen kommen dem Berauschten gar nicht oder nur in sehr abgeschwächtem Maße zum Bewußtsein. Die gleichzeitige Willenserregung bewirkt, daß dem Berauschten das Gefühl der Anstrengung verloren geht. So hält er seine geistige Tätigkeit für eine erhöhte, während das Gegenteil der Fall ist. Ferner kommt er sich kräftiger vor, während in Wahrheit nicht die Muskelkraft, sondern nur der Antrieb gesteigert ist. Auf die Willenserregung folgt regelmäßig eine Willenslähmung, um so früher und stärker, je größer die Menge des genossenen Alkohols war. Höchstwahrscheinlich haben wir uns vorzustellen, daß bei fortgesetztem Trinken die Lähmungserscheinungen eine Zeitlang durch die erregenden Wirkungen neuer Alkoholgaben ganz oder teilweise überwogen werden können. Ein Gelage bedeutet nach Kraepelin die fortgesetzten krampfhaften Bemühungeu der Zecher, der sich ankündigenden Willenslähmung durch die Einfuhr immer neuer Alkoholmengen sowie durch die übrigen eine Willenserregung unterstützenden Mittel entgegenzuwirken. Unter besonderen Bedingungen, namentlich bei Personen mit epileptischer, hysterischer, psychopathischer Veranlagung kann die Erregung des Willens durch den Alkohol unverhältnismäßig stark und lange andauerud sein. Während sich beim gewöhnlichen Rausche mit wachsender Bewußtseinstrübung auch mehr und mehr die Willenslähmung einzustellen pflegt, kann beim sogenannten

pathologischen Rausche noch heftige Erregung bestehen, obgleich das Bewußtsein schon völlig umnebelt ist.

Ein Trinker ist nach Kraepelin derjenige, der Dauerwirkungen des Alkohols auf körperlichem oder seelischem Gebiete aufweist. Die psychischen Veränderungen des Trinkers sind nichts anderes als Nachwirkungen des Rausches. Der Seelenzustand des Trinkers kommt überall zur Entwickelung, wo die akuten Giftwirkungen nicht mehr voll zum Ausgleiche gelangen. Je nach der Widerstandsfähigkeit des einzelnen wird das bald früher, bald später, bald bei kleineren, bald bei größeren Gaben, immer aber am leichtesten bei regelmäßigem, d. h. täglichem Alkoholgenusse der Fall sein. Trinker sind weder gute Beobachter noch brauchbare geistige Arbeiter. Es fehlt ihnen die geistige Spannkraft und Ausdauer. Sie sind prahlerisch, eitel und reizbar, haben aber dabei im geheimen das Bewußtsein der eigenen Verschuldung. Der Verlust der Leistungsfähigkeit wird für eine große Zahl von Trinkern der immer neue Beweggrund zum Trinken. Dr. Eaul Schenk-Berlin.

Abstinenz oder Temperenz? Von Kreisassistenzarzt Dr. Abramowski-Gilgenburg, Fortschritte der Medizin. 1911; Nr. 17.

Verfasser ist der Ansicht, daß der Alkohol in jeder Form regelmäßig genossen unbedingt schädlich ist, mag es sich auch nur um ganz geringe Mengen handeln. Vor allem müßten Leute, die zu Larynxkatarrhen, Gicht, Nervosität, Tuberkulose disponiert sind, die einen schwachen Magen haben, die an Lues oder Erkrankungen des Zentralnervensystems leiden, unbedingte Abstinenten sein. Das Gleiche gelte für Leute, die in einer tuberkulösen Sphäre leben, wie Anstaltsärzte, Pflegepersonal, Angehörige und dergl. Aber auch für ganz gesunde Leute sei völlige Abstinenz entschieden zuträglicher; großen körperlichen und geistigen Anstrengungen seien auf die Dauer nur völlige Abstinenten gewachsen. Verf. weist auf eine ganze Reihe hervorragender Männer aller Zeiten hin, denen man aber eine noch viel größere Reihe von bedeutenden Männern gegenüberstellen könnte, die im Sinne der heutigen Abstinenzler chronische Alkoholiker, ja Säufer gewesen sind. Man braucht sich da nicht auf Bismarck und Goethe zu beschränken, die nach Ansicht des Verfassers Titanen gewesen sind, mit denen wir uns nicht vergleichen könnten. Wenn Ref. Verfasser auch darin beistimmen muß, daß für die meisten Leute völlige Abstinenz entschieden besser ist, wie Temperenz, schon weil es viel leichter ist, völlig abstinent zu leben, wie mäßig, so möchte er doch seine Behauptung, daß ein jeder, der ganz frei von Alkohol ist, in eine höhere Kulturstufe eingerückt ist, als derjenige, der Alkohol zu sich nimmt, nicht unterschreiben.

Rpd. jun.

Die Stellung der Weingeist-Enthaltsamkeit in der Jugenderziehung. Von Dr. Hammer-Berlin. Fortschritte der Medizin. 1911; Nr. 18.

Verfasser verkennt die schädigenden Wirkungen des Alkohols nicht, steht aber auf dem Standpunkt, daß es verkehrt sei, völlige Enthaltsamkeit zu fordern, ohne für eine verhältnismäßig unschädliche Ersatzbefriedigung zu sorgen. Völlige Enthaltsamkeit habe leicht zur Folge, daß Ersatz in anderen Genüssen gesucht und anderen viel schlimmeren Lastern gefröhnt würde. Verfasser führt da besonders den ausschweifenden Geschlechtsverkehr an und weist darauf hin, daß Leute, die zur geschlechtlichen Enthaltsamkeit gezwungen seien, vielfach Ersatz im Alkohol suchen, während anderseits Antialkoholiker ausschweifendem Geschlechtsleben huldigten. So tritt z. B. der bekannte Alkoholgegner Forel für größere Freiheit im geschlechtlichen Verkehr ein; Magnus Hirschfeld, der den homosexuellen Verkehr unbestraft wissen will, sei Abstinenzler, die Mohamedaner, die keinen Alkohol genießen dürfen, huldigen der Vielweiberei, während umgekehrt die alten Germanen, die als tüchtige Trinker bekannt waren, eine sehr strenge Sittlichkeitsauffassung hatten. Ein derartiger Ersatz für den Alkohol sei aber viel schlimmer und schädige die Volksgesundheit viel mehr, als mäßiger Weingeistgenuß. Es müsse daher bei völliger Enthaltsamkeit ein unschädlicher Ersatz gesucht werden, um den zügellosen Geschlechtstrieb zu betäuben, wie intensiv betriebener Sport, künstlerische Betätigung oder dergl. Dann wendet sich Verfasser auch mit Recht gegen die vielfach übliche Kampfesweise der Antialkoholiker, die auch ganz sachliche

und wissenschaftliche Einwände nicht gelten lassen und Leute, die solche erheben, gleich als Alkoholiker und Trinker hinstellen. Man brauche in dieser Hinsicht nur auf den wenig erquicklichen Verlauf des letzten Alkoholgegnerkongresses in Dresden hinzuweisen. Wenn auch die Beweisführung, die Verfasser für seine Behauptung der wechselseitigen Beziehungen zwischen Alkohol und Geschlechtsleben vorbringt, nicht ganz lückenlos ist und ihr in manchen Dingen widersprochen werden kann, so hat er sicher darin Recht, daß vielfach bei völliger Alkoholabstinenz Ersatz in manchem, weit schlimmeren Lastern gesucht wird; das haben erst neuere Beobachtungen bei abstinenten Völkern gezeigt. Ob da nicht mäßiger Alkoholgenuß das geringere Uebel ist? Rpd. jun.

Der Kampf gegen den Alkoholismus. Von J. Oettli, Professor der Chemie am Gymnasium in Lausanne. Lausanne 1910.

Oettli wendet sich gegen die Uebertreibungen der Abstinenz. Die Tierversuche Laitinens und anderer verlieren ihren Wert dadurch, daß sie den natürlichen Bedingungen nicht entsprechen. Der Mensch genießt kein künstliches Gemisch von reinem Aethylalkohol mit Wasser oder Himbeersaft und gießt nicht mit einem Zuge eine exorbitante Quantität Alkohol in seinen Magen. Das Bouquet des Weines ändert nicht nur den Geschmack, sondern befördert die Assimilation und verhindert oder schwächt die toxische Wirkung. Schon der Zusatz einer infinitesimalen Menge Kaneel (weißer Zimmt)- Esssenz zu einem Gemenge von Alkohol, Wasser und Weinsäure beseitigt den strengen Geschmack und hebt die toxische Wirkung auf.

Wie sehr die Antialkoholstatistik, statt die nackte Wahrheit zu geben, häufig die Seele der Dinge verfälscht, ist bekannt genug. „Es gibt Leute, welche die anderen hindern wollen zu trinken, und Leute, welche die anderen zum Trinken zwingen wollen. Zwischen beiden könnte es eine dritte Parte geben, welche jeden auf seine Weise handeln ließe." Professor Oettli rechnet sich dieser dritten Partei zu. Indessen will auch er die Alkoholisten zwangsweise einer Trinkerheilstätte überweisen, um auf diese Weise die Vererbung der Trunksucht zu verhindern, die nach seiner Ansicht die gefährlichste Ursache der Fortdauer des Alkoholismus ist. Dr. Paul Schenk-Berlin.

Der Kampf gegen das Animirkneipenwesen. Von Prof. Dr. M. Flesch-Frankfurt a. M. Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. 1911; Nr. 5.

Außer der schärfsten Bekämpfung der Animirkneipen und verwandter Betriebe durch die kommunalen Behörden ist eine Ergänzung der Reichsgewerbeordnung in den §§ 33, 41 und 142 notwendig. Der Verf. schlägt vor, das Gemeindebestimmungsrecht, das in nordischen Ländern sich bewährt hat, über die Konzession solcher Betriebe einzuführen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Das Pollard-System und seine Einführung in Deutschland. Von Dr. jur. Otto Bauer. Schriften zur Förderung gesunder deutscher Kultur. Reutlingen 1911. Heft 3.

Herr William Jefferson Pollard, Polizeirichter in St. Louis, Missouri, erläßt in geeigneten Fällen den von ihm Verurteilten die Strafe, wenn sie das folgende Gelübde unterzeichnen und erfüllen:

„Zum Beweise, wie sehr ich die Gelegenheit zu schätzen weiß, die mir vom Richter gegeben wird, ein nüchterner und besserer Bürger zu werden, indem er den Vollzug der mir heute auferlegten Strafe aussetzt, unterzeichne ich hiermit frei und ungezwungen das folgende

Gelübde:

Ich will mich enthalten vom Gebrauche geistiger Getränke jeder Art und Beschaffenheit auf die Dauer eines Jahres von heute an."

Die Anwendung des Systems ist eine begrenzte. Als städtischer Polizeirichter hat Pollard nur über Trunkenheit, Friedensstörungen und hunderte von leichten Verfehlungen gegen die Verordnungen der Stadt zu erkennen. Die Höchststrafe, die er zu verhängen hat, beträgt, wenn die Straftaten sich nicht häufen, 500 Dollars oder sechs Monate schwere Arbeit im Arbeitshause. Pollard wendet sein Verfahren hauptsächlich bei erstmalig Verurteilten an. Die Gewohnheitstrinker nimmt er aus; diese bedürfen nicht des Richters,

sondern des Arztes. Pollards System hat sich bewährt. Heute nach neunjähriger Anwendung beträgt die Zahl der Rettungen 95%. Das Verfahren ist von einer Reihe amerikanischer Richter angenommen. Auch in London und einer ganzen Reihe englischer Provinzstädte ist das Pollardsystem bereits mit Erfolg angewendet worden. Im schweizerischen Gesetzentwurf ist es in Erwägung gezogen. In Deutschland hat der schwäbische Gauverband gegen den Alkoholismus Schritte zugunsten seiner landesrechtlichen Einführung getan. Dr jur. Bauer befürwortet eine entsprechende Bestimmung im Vorentwurfe zum deutschen Strafgesetzbuche. Pollard wird übrigens auf dem bevorstehenden XIII. internationalen Antialkoholkongreß im Haag persönlich über sein System sprechen. Dr. Paul Schenk-Berlin.

Städtische Trinkerfürsorge in England. Von H. Walter-London. Halbmonatschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1911, Nr. 22.

Ein Bericht für 1909 des amtlichen Inspektors sagt folgendes: Gewohnheitstrinker im Sinne des Gesetzes ist die Person, die entweder dauernd trunksüchtig oder — obgleich gewöhnlich nüchtern — doch gelegentlich Ausbrüche einer unkontrollierbaren Trunksucht zeigt. Trunksucht scheine in den meisten Fällen ererbt, allerdings nicht die ausgesprochene Trunksucht, sondern als eine konstitutionelle Eigenheit, welche die Trunksucht ermöglicht.

Ein Gewohnheitstrinker wird immer, auch nach einer abstinenten Periode, vor der Gefahr stehen, rückfällig zu werden. Sowie der erste Tropfen Alkohol über die Lippen eines abstinenten Trunksüchtigen kommt, wird sich die Neigung mit unwiderstehlicher Stärke Bahn brechen. Nur der absolut Abstinente ist gegen Rückfall gesichert.

Zum Ausbruch der Trunksucht muß aber auch die Anlage des Individuums hinzukommen, der Wunsch zum Alkoholgenuß, der immer erworben, nie angeboren ist. Dieser Wunsch ist oft stärker als die Selbstbeherrschung, die ihrerseits ein Produkt der Erziehung ist.

Geistige Defekte sind bei Trunksüchtigen häufig. Alkoholismus ist die häufigste Ursache von Geisteskrankheiten.

Um die große Masse der armen Trinker kümmert man sich erst, wenn sie Verbrecher geworden sind.

Es werden drei Ursachen für die Trunksucht angegeben: Angeborene Neigung, erworbener Wunsch und Mangel an Selbstkontrolle. Die Behandlungsweise schwankt zwischen einfacher Ermutigung und langandauernder Unterbringung in einem Institut mit erzwungener Abstinenz. In jedem Falle muß der Patient volles Vertrauen zum Arzt haben. Zur Therapie gehört eine suggestive, therapeutische oder elektrische Behandlung. Auch religiöse Disziplin, Kuren mit chemischen Präparaten, Berufswechsel, Sport, Versprechen von Belohnung oder Drohungen (allerdings mit Vorsicht) gehören hierher.

Als Ursache für Trunksucht wird auch der Versuch erwähnt, bei Krankheiten den Schmerz durch Alkoholgenuß zu betäuben. Eine gewisse geistige Schwäche geht fast immer der Trunksucht vorauf.

Die Anstalten zerfallen inHeime und Besserungsanstalten. In die Heime geht der Patient freiwillig, in die Besserungsanstalten wird er durch Gerichtsbeschluß verwiesen. Während des Berichtsjahres wurden 58 Männer und 219 Frauen, in Summa 277 Personen eingeliefert, in dem Jahrzehnt von 1900 bis 1909 542 Männer und 2679 Frauen; hierunter waren 473 Personen, die wegen Vernachlässigung oder Mißhandlung der Kinder eingeliefert worden waren.

Es ist nötig, daß das Recht des Staates zum Eingriff in die persönliche Freiheit bei Trunksüchtigen erweitert wird, damit diese auch gegen ihren Willen in Behandlung gebracht werden können. Die Zahl der Asyle für Trunksüchtige muß vermehrt werden; sie müssen mehr den Charakter eines Hospitals und nicht den eines Gefängnisses tragen. Dr. Hoffmann-Berlin.

Besprechungen.

Prof. Dr. Alexander Kolisko-Wien, Vorstand des Instituts und der Lehrkanzel für gerichtliche Medizin an der Wiener Universität: **Beiträge zur**

gerichtlichen Medizin. I. Band. Mit zwei lithographischen Tafeln. Leipzig und Wien 1911. Verlag von Franz Deuticke. Gr. 8°; 384 Seiten.

Der hundertjährige Bestand der Wiener Lehrkanzel für gerichtliche Medizin hat die Herausgabe dieses Buches veranlaßt. Schon vor nahezu 100 Jahren waren „Beyträge zur gerichtlichen Arzneykunde" erschienen und zwar von Josef Berndt. Das jetzt zur Verfügung stehende Material ist sehr groß und in dem Institut vollständig zugänglich, weil alle Mitglieder des Instituts auch Gerichtsärzte sind.

Zuerst wird ein Aufsatz von Haberda gebracht: „Die Geschichte der Wiener Lehrkanzel für gerichtliche Medizin". Es werden die Lehrer namentlich aufgeführt; es wird ferner über die oben erwähnten „Beyträge" berichtet, der anatomischen Sammlung, die schon 1796 begründet wurde, gedacht und die zweite Blüteperiode unter Hofmann besonders hervorgehoben.

Der folgende Aufsatz über „Gehirn-Rupturen" von Kolisko betont, daß die Verletzungen der Gehirnsubstanz eingeteilt werden in Hirnwunden und Hirnquetschungen. Als eine besondere Art der Hirnverletzung sei die Hirnruptur aufzufassen. Hirnrupturen, durch stumpfe Gewalt entstanden, stellen sich im höchsten Grade als Zermalmung der Hirnsubstanz dar. Aber auch eine Hirnblutung zertrümmere die umgebenden Substanzen; oft entstehe diese Blutung erst im Laufe vieler Stunden. Außer direkten Hirnrupturen entständen auch solche durch Contrecoup. Es werden dann kasuistische Fälle aufgeführt; auch wird auf die seltensten Formen von Hirnrupturen, die Rhexis cerebri, hingewiesen.

Die nächste sehr ausführliche Abhandlung von Haberda betrifft die Lehre vom Kindesmorde. Eine ansehnliche Zahl der als Leichen aufgefundenen, neugeborenen Kinder sind nicht eines gewaltsamen Todes gestorben; wenn das Kind nach der Geburt gelebt hat, ist somit noch nicht bewiesen, daß es gewaltsam zu Tode gekommen ist.

Nach einem Abschnitt über Statistik, behandelt Verfasser im zweiten Kapitel den Nachweis des Lebens und dessen Dauer. Eine zuverlässige Kontrolle der Lebensprobe liegt im Nachweise der Todesursache. Beim Lufteinblasen von Mund zu Mund gelangt die Luft häufig nicht in die Lungen, sondern in den Magen des Kindes. Durch mehrfache Beobachtungen sei erwiesen, daß ein Verschwinden der Luft, selbst nach mehrstündigem Leben vorkommen kann. Allerdings ist vollständiges Luftleerwerden der Lungen ein besonders seltenes Ereignis. In dem darauffolgenden dritten Kapitel beschäftigt sich Verf. dann mit den Todesursachen und nennt vor allen Dingen „Lebensschwäche" infolge Frühgeburt, Mißbildung oder angeborener Krankheit und „Geburtsschädigung". Der gewaltsame Tod erfolgt am häufigsten durch Erstickung oder durch Schädelverletzung.

Das vierte Kapitel handelt von der Sturzgeburt und betont, daß die Geburt auf dem Abort häufig ohne böse Absicht der Mutter erfolgt. Das Vorliegen einer Sturzgeburt ist nicht zu erweisen, sondern ist nur als möglich zuzugeben oder als unmöglich auszuschließen. Dem an der Mutter zu erhebenden Befunde kommt so gut wie gar keine Bedeutung bei der Sturzgeburt zu, viel wichtiger sind die Befunde am Kinde. Bei der Sturzgeburt sind Ertrinken in Flüssigkeiten oder Schädelverletzungen die Todesnrsache. Bei dem Ertrinken in Flüssigkeiten wird der Geburt in den Abort gedacht und darauf hingewiesen, daß selbstverständlich die Größenverhältnisse dort entsprechende sein müssen. Skizzen aller Art illustrieren das Gesagte.

Bei den im fünften Kapitel erwähnten Geburtsverletzungen des Kindes wird der intrauterinen Asphyxie, der Frakturen, Blutungen usw. gedacht.

Die nächsten Kapitel behandeln die Selbsthilfe und die Unterlassung des bei der Geburt nötigen Beistandes; den Schluß bilden kriminalistische Betrachtungen. Es wird erwähnt, daß gerade die Geschworenen-Gerichte gewisse Milde beim Kindesmorde walten lassen, und daß vom ärztlichen Standpunkte die weitgehendste Milde in solchen Fällen nur zu begrüßen sei. Wenn eine Schwangere ihre Schwangerschaft mit Erfolg verheimlicht habe, so werde sie auch die Geburt verheimlichen und das Kind event. beseitigen. Es sind aber auch genügend Fälle bekannt, wo Personen ihren schwangeren Zustand nicht verheimlicht, sondern sogar alle Vorbereitungen für die Entbindung getroffen und doch im Augenblick der Geburt die Tötung des Kindes in Ver-

wirrung vollbracht haben. — Eine große tabellarische Uebersicht ist der Abhandlung beigefügt.

Im vierten Aufsatz: „Die Selbstbeschädigung und ihre forensische Beurteilung" wird von Reuter betont, daß derartige Vorkommnisse sich oft bei Geisteskranken ereignen. Man müsse übrigens auch prüfen, ob wirklich Selbstbeschädigung vorliege oder ob es sich nicht um einen Selbstmordversuch oder einen Unfall handle. Zunächst werden Selbstbeschädigungen bei Geisteskranken besprochen; meist sind es Ideen religiösen und sexuellen Inhalts, die zu solchen Taten führen. Die Befreiung vom Militärdienst spielt weiter hierbei eine große Rolle. Forensisch am wichtigsten sind die Selbstverstümmelungen an Fingern und Zehen. Es kommen auch Selbstbeschädigungen vor, um die Konzeption zu verhindern.

Der letzte Aufsatz von Meixner behandelt „das Glykogen der Leber bei verschiedenen Todesarten". Auch diese Arbeit enthält eine große Anzahl von Tabellen. Verf. gibt dann am Schluße eine Zusammenfassung, der wir entnehmen, daß die Leber eines gesunden, jungen Individuums reichlich Glykogen enthält, während bei älteren Leuten der Glykogengehalt geringer ist. Beim plötzlichen Tode enthält sie mehr Glykogen, als wenn dem Tode eine lange Zeit voraufgegangen ist, in der bereits die lebenswichtigsten Funktionen nachgelassen haben, se daß also das Fehlen des Glykogens einen plötzlichen Tod ausschließt.

Das Buch enthält eine große Reihe von wichtigen Erfahrungen und stellt eine Sammlung interessanten Materials dar. Dr. Hoffmann-Berlin.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen-Berlin: **Psychiatrie für Aerzte und Studierende.** Vierte vollständig umgearbeitete Auflage. Mit 21 Abbildungen in Holzschnitt und 13 Tafeln in Lichtdruck. Leipzig 1911. Verlag von G. Hirzel. Kl. 8°; 885 S. Preis geh.: 18 M., geb.: 21 M.

Die Notwendigkeit einer neuen Ausgabe nach verhältnismäßig kurzer Zeit ist der beste Beweis, daß das vorliegende Lehrbuch große Verbreitung gefunden hat, die es auch im vollsten Maße verdient. Seinen Wert hat Ref. selbst schätzen gelernt, als er sich in das Gebiet der Psychiatrie einarbeitete. Gerade für den, der anfängt, sich mit der Psychiatrie zu beschäftigen, ist das Ziehensche Lehrbuch unentbehrlich. Speziell das Schematische, was ihm von anderer Seite zum Vorwurf gemacht wird, macht es dem Anfänger leicht, sich in das so schwierige Gebiet einzuarbeiten; während die meisten übrigen Lehrbücher besonders für diejenigen von Wert sind, die sich schon längere Zeit mit der Psychiatrie beschäftigt haben. Die neue Auflage, die sich in den altbewährten Formen hält, weist zahlreiche Verbesserungen auf; das Lehrbuch wird sich deshalb sicherlich zu seinen bisherigen zahlreichen Freunden noch viel neue hinzuerwerben. Rpd. jun.

Dr. O. Dornblüth-Wiesbaden: **Die Arzneimittel der heutigen Medizin mit therapeutischen Notizen.** 11. Auflage. Würzburg 1911. Verlag von Karl Kabitzsch. Kl. 8°; 502 Seiten. Preis: geb. 7,60 M.

In altbewährter Form trägt die neue Auflage des bekannten Taschenbuches den wichtigsten der neuesten Erzeugnisse der Arzneimittelindustrie Rechnung; es kann diese daher ebenso wie die früheren empfohlen werden.

Rpd. jun.

Tagesnachrichten.

Durch Erlaß des Herrn Minnisters des Innern vom 20. Februar 1912 ist angeordnet, daß auch in diesem Jahre wiederum **amtliche Versammlungen der preußischen Kreisärzte** stattfinden sollen.

Aus dem Reichstage. Zum Etat des Reichsamts des Innern sind von den verschiedenen politischen Parteien wiederum eine große Anzahl von Initativanträgen gestellt; darunter befindet sich auch ein solcher der nationalliberaler Partei, durch dem die verbündeten Regierungen ersucht werden, dem Reichstage baldigst einen Gesetzentwurf vorzulegen, welcher eine erfolgreiche **Bekämpfung der Tuberkulose** derart sicherstellt, daß auch die bislang noch

nicht von der Fürsorge erfaßten Kreise der Bevölkerung dieser teilhaftig gemacht werden können, insbesondere a) durch Bereitstellung weiterer Geldmittel, b) durch gesetzliche Maßregeln, welche die Desinfektion verseuchter Wohnungen sicherstellen.

Aus Württemberg. Der Finanzausschuß der Abgeordnetenkammer beschäftigte sich am 21. v. M. bei Beratung der Vereinfachungen im Ministerium des Innern mit der Umgestaltung des Medizinalkollegiums, das nach der Denkschrift der Regierung in eine Ministerialabteilung für das Gesundheitswesen mit den Befugnissen einer Medizinalpolizeibehörde und den bisherigen gesundheitspolizeilichen Aufgaben der Kreisregierungen umgewandelt werden soll. In der Erörterung wurden mehrfach starke Bedenken wegen der Geschäftsabgrenzung der neuen Ministerialabteilung laut, doch wurde mit 11 Stimmen bei 3 Stimmenthaltungen ein Antrag des Berichterstatters angenommen, der sich grundsätzlich für die Umgestaltung des Medizinalkollegiums zu einer Ministerialabteilung für das Gesundheitswesen aussprach.

Die überaus wichtige Frage des **Geburtenrückganges im Deutschen Reiche** hat vor kurzem auch die 40. Plenarversammlung des Deutschen Landwirtschaftsrat in seiner am 15. Februar abgehaltenen dritten Sitzung beschäftigt. Der Referent, Prof. Dr. Oldenberg-Greifswald, hatte folgende Leitsätze aufgestellt, die er eingehend begründete:

„Der Rückgang der deutschen Geburtenziffer seit den 1870er Jahren, der durch den Rückgang der Sterbeziffer nicht dauernd ausgeglichen werden kann, hat zur Hauptursache nicht sowohl den Fortschritt des Wohlstandes, als die Ausbreitung großstädtischer Kultur, die teils durch physiologische Unfruchtbarkeit, teils durch gewollte Beschränkung der Geburtenzahl und erhöhte Sterblichkeit die Volkszunahme hemmt.

Um zwischen kinderreichen Völkern künftig bestehen zu können, bedarf Deutschland eines wirtschaftlichen Schutzes seiner ländlichen Bevölkerung und einer Gesetzgebung auf allen Gebieten im Interesse der Bevölkerungszunahme.

Der durch den erweiterten Erwerbsspielraum der Volkswirtschaft gegebene Bedarf an Menschen muß durch die Nation selbst jederzeit gedeckt werden können."

An die Ausführungen des Referenten knüpfte sich eine längere Diskussion, in der sich sämtliche Redner im zustimmenden Sinne aussprachen. Schließlich wurden die Leitsätze mit folgendem Zusatzantrag des Grafen von Brühl angenommen:

„Die Garnisonen sind in Zukunft möglichst in kleineren und mittleren Städten, aber nicht in Großstädten einzurichten.

Die neumalthusianische Literatur und Disziplin ist ernster und ausdauernder zu überwachen."

Zur Vorbereitung der Beteiligung Deutschlands an dem vom 23. bis 28. September d. J. in Washington stattfindenden **XV. internationalen Kongress für Hygiene und Demographie** hat sich unter dem Vorsitze des Präsidenten des Reichsgesundheitsamts Bumm ein **Deutsches Nationalkomitee** aus Vertretern der in Betracht kommenden Reichs- und Staatsbehörden, aus Vertretern der Wissenschaft und Praxis sowie der einschlägigen Fachpresse gebildet, das durch Rundschreiben die beteiligten Kreise zu recht zahlreichem Besuche des Kongresses ersucht und die vorläufige Tagesordnung (s. Nr. 4 dieser Zeitschrift S. 188) mitteilt.

Um möglichst günstige Bedingungen für die Reise der deutschen Kongreßteilnehmer nach Amerika zu erlangen, ist das Deutsche Nationalkomitee sowohl mit dem Deutschen Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen, das im laufenden Jahr einen Besuch Amerikas veranstaltet, als auch mit den beiden deutschen Dampferlinien, der Hamburg-Amerika-Linie und dem Norddeutschen Loyd in Verbindung getreten. Die vom Deutschen Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen vorbereitete Studienreise nach Amerika, bei welcher der Besuch einer Reihe von Städten und Orten (Newyork, Philadelphia, Atlantic City, Baltimore, Washington, Chicago, Niagarafälle, Montreal, Boston, Albany) vorgesehen ist, soll derart vor sich gehen, daß in

Washington ein Aufenthalt von etwa einer Woche während des Kongresses genommen wird. Die Reisebedingungen hierfür sind folgende: Abfahrt von Hamburg am 7. oder 8. September mit dem Doppelschraubendampfer „Cincinnati“ der Hamburg-Amerika-Linie. Ankunft in Newyork vermutlich am 17. oder 18. September. Rückfahrt von Newyork aus am 10. Oktober mit dem Doppelschraubenpostdampfer „Victoria Luise“ der Hamburg-Amerika-Linie; Ankunft in Hamburg voraussichtlich am 20. Oktober. Die Landreise wird ungefähr 23 Tage, die Seereise 20 Tage, die ganze Reise somit etwa 6 Wochen dauern. Der Preis für diese Reise (Land- und Seereise, Verpflegung und Quartier während des Aufenthalts in Amerika, Beförderung der Teilnehmer und des Gepäcks von und zur Bahn (Trinkgelder in den Hotels in Amerika sind inbegriffen, dagegen sind ausgeschlossen Getränke und auf dem Schiffe auch die Trinkgelder) wird 1700 bis 2500 M. je nach der Lage der Kabine betragen. Für die Anmeldung ist eine Anzahlung von 200 M. erforderlich; nur durch Leistung dieser Anzahlung wird ein Anrecht auf Belegung einer Kabine erworben. Nach dem 15. Juli können Anmeldungen für die Amerikareise nicht mehr angenommen werden. Bei Rücktritt 8 Tage vor Beginn der Reise, d. h. vom 1. September ab, verfällt der ganze Betrag, wenn nicht ein Ersatzmann (Arzt) gestellt wird. Wer die Absicht hat, noch längere Zeit in Amerika zu bleiben, kann für die Rückfahrt jeden beliebigen Dampfer der Hamburg-Amerika-Linie bis zum 31. März 1913 benutzen. Ueber weitere Einzelheiten der Reise erteilt auf Wunsch die Geschäftsstelle des Deutschen Zentralkomitees für ärztliche Studienreisen in Berlin W. 9, Potsdamerstraße 134b Auskunft, bei der auch die Anmeldung zu erfolgen hat.

Die Direktion des Norddeutschen Loyds ist bei sehr frühzeitiger Anmeldung noch in der Lage, gute Unterkunft für die Hinfahrt zu den Tarifpreisen zuzusichern: Schnelldampfer „Kaiser Wilhelm II.“ (Abfahrt Bremen 10. September d. J.): 500—900 M.; Schnelldampfer „Kronprinz Wilhelm“ (Abfahrt Bremen 3. September d. J.) 490 bis 900 M.; Salonpostdampfer „Prinz Friedrich Wilhelm“ (Abreise Bremen 7. September) entsprechend 400—600 M. Die Rückreise kann am 1. Oktober mit dem Dampfer „Kaiser Wilhelm der Große“ (490 M.) oder am 8. Oktober mit „Georg Washington (460 M.) angetreten werden. In den Ueberfahrtspreisen ist vollständige Beköstigung mit Ausnahme von geistigen Getränken eingeschlossen. Ueber weitere Einzelheiten erteilen Auskunft der Norddeutsche Loyd, Bremen, Abteilung Passage, Papenstraße 9, oder die an verschiedenen Orten bestehenden Agenturen dieser Schiffahrtsgesellschaft.

Schriftstücke, Anfragen usw. für das Deutsche Nationalkomitee werden erbeten unter der Adresse des mitunterzeichneten Generalsekretärs, Stabsarzt Prof. Dr. Hoffmann, Berlin NW. 40, Scharnhorststraße 45.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten sind in der Zeit vom 28. Januar bis 10. Februar 1912 erkrankt (gestorben) an: Aussatz, Gelbfieber, Rückfallfieber, Fleckfieber, Pest, Cholera, Tollwut: — (—); Pocken: 1 (—), 10 (2); Milzbrand: 4 (—), 5 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 1 (—), 2 (—); Unterleibstyphus: 209 (12), 215 (24); Ruhr: 8 (—), 3 (1); Diphtherie: 2226 (167), 2029 (179); Scharlach: 1707 (57), 1576 (53); Kindbettfieber: 128 (33), 120 (33); übertragbare Genickstarre: 3 (1), 4 (1); Spinale Kinderlähmung: 1 (—), 2 (1); Fleischvergiftung: 4 (2), — (—); Paratyphus: 8 (1), 2 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 70, 154; Tuberkulose (gestorben): 828, 867.

Pest. In Aegypten sind in der Zeit vom 3.—9. Februar nur 2 Personen an der Pest erkrankt und 1 gestorben, in der Woche vom 10.—12. Februar dagegen 26 (12). In Indien ist eine weitere Zunahme der Seuche bemerkbar; die Zahl der Erkrankungen (Todesfälle) betrug in den beiden Wochen vom 7.—20. Januar 13201 (10915) und 14745 (12046).

Die **Cholera** hat in der Türkei vom 21. Januar bis 5. Februar nur noch 11 Erkrankungen und 27 Todesfälle verursacht.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. Z. in L.: Auf Grund welcher Bestimmung hat der praktische Arzt Milzbrand verdacht anzuzeigen?

Antwort: Auf Grund der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 28. September 1909, wonach die in den §§ 1—4 vorgesehenen Vorschriften des Reichsseuchengesetzes auch auf Milzbrand ausgedehnt sind.

Anfrage des Kreisarztes Dr. P. in B.: Wer hat die Kosten für Ausstellung der Fragebogen zu tragen, die uns zugehen, um die Beschulung blinder, tauber und stummer Kinder zu bewerkstelligen?

Antwort: Gemäß § 11 des Gesetzes vom 7. August 1911 die Ortsarmenverbände bezw. der Kommunalverband, da sie zu den Ueberführungskosten gehören.

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

XXVIII. Hauptversammlung

am

Freitag, den 26. April 1912

in

Berlin

Tagesordnung:

Donnerstag, den 25. April:

8½ Uhr abends: Begrüßungs-Abend (mit Damen) im **„Rheingold“** (Ebenholzsaal); Eingang: Potsdamerstraße Nr. 8, eine Treppe hoch.

Freitag, den 26. April:

9½ Uhr vormittags: Sitzung im „Rheingold“ (Ebenholzsaal); Eingang wie vorher.

1. **Eröffnung der Versammlung.**
2. **Geschäfts- und Kassenbericht.**
3. **Entwurf des Wassergesetzes.** Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Salomon-Charlottenburg.
4. **Der ärztliche Sachverständige auf dem Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nach der neuen Reichsversicherungsordnung.** Referent: Landes-Med.-Rat Dr. Knepper in Düsseldorf.
5. **Methylalkoholvergiftung.** Referent: Dr. Bürger, erster Assistent beim Institut für Arzneikunde in Berlin.
6. **Vorstandswahl; Bericht der Kassenrevisoren.**
7. Als Diskussionsgegenstand: **Schulkinder-Untersuchungen auf dem Lande.** Referent: Kreisarzt Dr. Dohrn-Hannover.

Nach Schluß der Sitzung findet die Generalversammlung der **„Jubiläums-Stiftung“** statt.

Tagesordnung: **1. Geschäftsbericht 2. Vorstandswahl.**

6 Uhr nachmittags: Festessen (mit Damen) im **„Rheingold“** (wie vorher).

Um recht zahlreiche Beteiligung, auch von seiten der Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins, die freundlichst eingeladen sind, wird gebeten.

Minden, den 4. März 1912.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins.

Im Auftrage: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Vorsitzender,

Reg.- u. Geh. Med.-Rat in Minden.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 6. Ausgegeben am 20. März 19

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,

Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 6.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Rote Adlerorden IV. Kl.: dem San.-Rat Dr. Nathan in Zabrze.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung: des Ehrenkreuzes II. Klasse des Fürstlich Hohenzollernschen Hausordens: dem San.-Rat Dr. Elias in Breslau; der III. Klasse des Kaiserl. Oesterreichischen Ordens der Eisernen Krone: dem Marineoberstabsarzt Dr. Franz Schmidt.

Ernannt: Der Stabsarzt a. D. Dr. Rosenbaum in Strelno zum Kreisarzt und mit der Verwaltung des Kreisarztbezirkes Kreis Strelno beauftragt.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Dönitz, Geh. San.-Rat Dr. Loehlein und Dr. Louis Philipp in Berlin, Geh. Med.-Rat Dr. Heidelberg, Kreisarzt in Reichenbach, Prof. Dr. Schütze aus Berlin in Tripolis, Geh. San.-Rat Dr. Voigt in Bad Oeynhausen, San.-Rat Dr. Heckstein in Husum, Dr. Gottfried in Frankfurt a. M., San.-Rat Dr. Kootz in Laufenselden (Reg.-Bez. Wiesbaden), Dr. Schmidt in Tütz (Reg.-Bez. Marienwerder), Dr. Frank in Elversberg (Reg.-Bez. Trier), San.-Rat Dr. Brünemann in Neuenhaus (Reg.-Bez. Osnabrück), San.-Rat Dr. Kaplan in Guben.

Königreich Bayern.

Gestorben: Privatdozent Dr. Hahn, Prosektor in München, Dr. Bernhuber in Rosenheim.

Königreich Sachsen.

Gestorben: Ob.-Med.-Rat Dr. Böhme, Direktor der Landesanstalt in Colditz, Geh. San.-Rat Dr. Klemm und San.-Rat Dr. Edm. Friedrich in Dresden, Dr. Deye in Netzschkau i. Vogtl.

Königreich Württemberg.

In den Ruhestand getreten: Med.-Rat Dr. Wiedemann, Direktor der Zentralimpfanstalt in Stuttgart.

Grossherzogtum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen; Der Titel als außerordentlicher Professor: dem Privatdozenten Dr. Arnsperger in Heidelberg.
Gestorben: Med.-Rat Dr. Stark, Bezirksarzt in Lörrach.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

In den Ruhestand getreten: Wirkl. Geh. Rat Dr. Schultze in Jena als Mitglied der Medizinalkommission.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Sorge, Bezirksarzt a. D. in Ilmenau (Thüringen), Dr. Gluck in Walldorf (Sachsen-Meiningen), Generalarzt a. D. Dr. Rebenstein in Colmar i. Els.

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Die Bezirksarztstellen in **Ansbach** und **Zusmarshausen.**

25. Jahrg. **Zeitschrift** 1912.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 6.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. März.

Tod in Verbindung von Kohlensäure- und Kohlenoxyd-Vergiftung in „matten Wettern".

Von Geh. Med.-Rat Dr. **Coester**, Kreisarzt in Königshütte.

Auf Veranlassung einer Versicherungs-Gesellschaft mußte ich ein Gutachten über die Todesursache bezw. den Unfall des Grubensteigers H. K. von K. Grube abgeben, das, wie ich glaube, einiges Interessantes bietet, weil es eine Kombination der Todesart an Kohlensäure- und Kohlenoxydgasvergiftung im Bergwerk unter Tage darstellt und mir nicht bekannt ist, ob man einen derartigen Vorgang anderweitig schon beobachtet hat. Die Sektion wurde von mir gemacht; aus dem Befund ist folgendes hervorzuheben:

Nr. 4. Die grau-blau gefärbte Regenbogenhaut hat links ein engeres Sehloch als rechts, wo es halblinsengroß ist. Am unteren Rande beider Hornhäute bemerkt man einen etwa 1 mm breiten hellkirschroten Streifen.

Nr. 15. Der Längsblutleiter enthielt etwa einen Kaffeelöffel dünnen, hellkirschroten, flüssigen Blutes. Die harte Hirnhaut war nirgends mit der weichen verwachsen. Auch fand sich kein Blutaustritt. Die Innenfläche war glatt, feuchtglänzend, weißlichgrau gefärbt.

Nr. 16. Die weiche Hirnhaut ist durchweg zart und durchscheinend. Ihre Blutgefäße waren bis in die feinsten Verzweigungen mit dunkelkirschrotem, flüssigem Blut völlig ausgespritzt. Zwischen ihr und den Gehirnwindungen weder eine verschiebliche Flüssigkeit, noch ein Blutaustritt. Sie zieht sich überall leicht ab.

Nr. 19. Auf der Schnittfläche beider Gehirnhalbkugeln treten reichlich

kleine, leicht abspülbare, kirschrot gefärbte Blutpunkte hervor. Die Rindensubstanz ist lebhaft graurot, die Marksubstanz weiß und etwas erweicht.

Nr. 29. Die linke Lunge ist dunkelblaugrau marmoriert. Der Ueberzug ist glatt, feuchtglänzend, nur an Stellen, wo er mit den Rippen verwachsen war, etwas getrübt. Der Durchschnitt erscheint auffallend dunkelschwarzrot. Bei Druck entleert sich reichlich blutig, schaumige Flüssigkeit; die Luftröhren hatten eine leicht rötlich gefärbte Schleimhaut. Die Blutadern enthielten Blut.

Nr. 30. Die rechte Lunge ergab ganz genau dieselben Verhältnisse, besonders war auch hier die dunkelkirschrote Farbe der Schnittfläche auffallend.

Nr. 32. Das Herz hat die Größe der Faust des Mannes. Es fühlt sich derb und prall an. Sein Ueberzug ist glatt, feuchtglänzend, von dunkelbraunroter Farbe. Es ist mit Fett wenig bewachsen. Seine Kranzblutadern waren bis zur vollen Rundung mit Blut ausgespritzt.

Nr. 33. Im rechten Vorhof befand sich gegen 60 ccm dünnflüssiges Blut, von dunkelkirschroter Farbe. In der rechten Kammer befand sich ebenfalls dunkelkirschrotes flüssiges Blut, ohne speckiges Gerinsel, bis zur halben Füllung.

Nr. 38. Die großen, vom Herzen ausgehenden Gefäße enthielten je 40 ccm dunkelkirschrotes flüssiges Blut. Ihre Innenhaut, zart glatt und nicht verdickt.

Nr. 41. Der Knorpel des Kehlkopfes und der Luftröhre waren unverletzt. Sie enthielt ganz wenig weißgrauen Schleim. Die Schleimhaut war glatt, durchscheinend, hellrosarot gefärbt.

Nr. 46. Die Milz mißt 14 : 8 : 4 cm. Sie ist ziemlich derb, ihre Kapsel etwas gerunzelt. Ihre Oberfläche von dunkelblaugrauer Farbe, glatt und feuchtglänzend. Auf der Schnittfläche tritt sehr reichlich dunkelkirschrotes flüssiges Blut aus. Das Gewebe ist von dunkelbraunroter Farbe, etwas erweicht. Milzbalken und Milzkörperchen zu erkennen. Bei Druck tritt reichlich dunkelkirschrotes Blut aus.

Nr. 47. Die linke Niere mißt 13 : 6 : 3 cm. Sie hat eine mäßige Fettkapsel. Die sehnige Kapse lzieht sich gut ab. Die Oberfläche ist glatt, feuchtglänzend von auffallend dunkelbraunroter Farbe. Dieselbe Farbe haben die Pyramiden auf der Schnittfläche, während die Rindensubstanz hellrotbraun und durchscheinend ist. Bei Druck tritt sehr reichlich dunkelkirschrotes, flüssiges Blut aus. Das Nierenbecken ist weißlichgrau gefärbt, leer.

Nr. 48. Die rechte Niere bietet dieselben Verhältnisse.

Nr. 55. Die Leber mißt 25 : 22 : 9 cm. Sie fühlt sich derb an. Ihr Ueberzug ist glatt, feuchtglänzend, dunkelbraunrot gefärbt. Auf der ebenso gefärbten Schnittfläche tritt außerordentlich reichlich dunkelkirschrotes, flüssiges Blut aus. Die Leberläppchen sind zu erkennen.

Das vorläufige Gutachten lautete:

1. Der Tod ist durch Erstickung eingetreten.
2. Es ist möglich, daß durch Einatmung eines giftigen Gases die Erstickung herbeigeführt worden ist.
3. Die sogleich angestellte spektroskophische Betrachtung des verdünnten Blutes nach Zusatz von Schwefelammonium ergab, daß die beiden Absorptionsstreifen von Haemoglobin erhalten geblieben waren. Dieses Ergebnis spricht für eine Kohlenoxydgasvergiftung.

Die Blutfülle der weichen Hirnhaut, der beiden Lungen, der rechten Hälfte des Herzens, der Milz, der Nieren und der Leber, sowie die Dünnflüssigkeit des Blutes sind Zeichen des Erstickungstodes. Da äußere Verletzungen, z. B. Druckzeichen am Halse, auf der Brust usw. fehlten, äußere Verletzungen oder Verstopfungen der Atmungswege überhaupt nicht vorhanden waren, so mußte die Ursache der Erstickung eine andere sein.

In den Bergwerken befinden sich, nicht regelmäßig mit atmosphärischer Luft und nicht miteinander gemischt, Metan,

Kohlensäure und Kohlenoxyd. Das Metan ist bei der Einatmung nicht lebensgefährlich, während es die Explusionen, sog. „schlagende Wetter" erzeugt. Das Leben bedrohend sind aber Kohlensäure und Kohlenoxyd. Kohlensäure führt die Erstickung herbei, indem sie das Blut dunkel färbt und flüssig macht; Kohlenoxyd färbt dagegen das Blut und die Organe hellrot. Obwohl nun aus der Sektion nur die reine Kohlensäurevergiftung hervorging, wie die vorher angeführten Nummern aus der Sektionsniederschrift ersehen lassen, untersuchte ich doch das Blut auf eine etwaige Kohlenoxydvergiftung. Das spektroskopische Bild ergab nun überraschend, daß bei Zusatz von Schwefelammonium zu dem verdünnten Blute die Absorptionsbänder des Hämoglobins in Gelbgrün nicht zu einem Bande sich vereinigten, sondern bestehen blieben, also die beiden Absorptionsstreifen des Kohlenoxyd-Hämoglobins ergaben.

Sumpfgas und Kohlensäure sind die häufigsten Bestandteile der schlechten Wetter in Kohlengruben. Kohlenoxyd kann nur auftreten, wenn Brände vorhanden sind; diese können aber, ohne daß man davon weiß, wiederum selbsttätig in verlassenen Schächten entstehen, wenn Schwefelkies, der bekanntlich die Steinkohle stets begleitet, durch Bildung von Schwefelsäure sich selbst erhitzt und die Steinkohle entzündet. Von einer derartigen Entzündung der Kohle wußte man in diesem Falle nichts, wie aus den folgenden amtlichen Verhandlungen hervorgeht:

Vor einem sog. „Alten Mann", d. h. einer abgebauten Stelle des Kohlenbergwerkes, sollte unter Aufsicht des Grubensteigers K. und unter Mitwirkung einiger Arbeiter, ein Schutzdamm gegen „matte Wetter" (das sind Gase, die nicht geatmet werden können) errichtet werden.

Der verunglückte K. war bei dieser Arbeit etwa 1 1/2 Stunde beschäftigt, als er und die Arbeiter wahrnahmen, daß sie nicht mehr atmen konnten. Ein Arbeiter beschreibt nun den entscheidenden Vorgang bei dem Tode des K. folgendermaßen:

„Steiger K. ging beim Verlassen der Arbeitsstelle zuerst, ich an zweiter, N. an dritter Stelle. Nach etwa 10 Schritten stolperte Steiger K. über ein Bergstück. Da er zu taumeln anfing, faßten wir ihn an den Armen und führten ihn etwa 40 m weit. Steiger K. stürzte dann hin, da er nicht mehr gehen konnte, und wir nicht imstande waren, ihn stehend zu halten oder zu führen. Wir zogen ihn dann noch ein Stück, etwa 10 m weiter. N. der selbst beim Führen dreimal gestolpert und schon stark außer Atem war, rief, er könne es hier nicht mehr aushalten, und ging auf mein Zureden schnell voraus. Ich versuchte den Steiger K. noch einige Schritte vorwärts zu ziehen. Da mir das nicht gelang, blieb ich noch einige Zeit bei ihm stehen, in der Hoffnung, daß nun bald Hilfe kommen würde. Da es mir zu lange dauerte, bis Hilfe kam, glaubte ich, N. wäre auch hingestürzt und ging vor, um ihn zu suchen. Am Wetterscheider stellte ich fest, daß N. im frischen Wetterstrom war. Ich lief daher zum Steiger K. zurück, bekam aber selbst Atemnot und mußte gleich wieder in den frischen Wetterstrom zurückkehren. Mir begegneten R. und der Aufseher J., die in die Einfallende gingen, um den Steiger K. herauszuholen. Nach kurzer Zeit kam J. zurück. Er sagte, er könne es mit dem Apparat (Schutzhelm und Sauerstoffzuleiter) nicht aushalten. Ich ging daher nochmals zum Steiger K. und zog ihm mit dem R. bis zur Wetterscheide. Dann wurde ich selbst schwach und beteiligte mich nicht mehr an den weiteren Arbeiten. Die Wiederbelebungsversuche waren bei Steiger K. ohne Erfolg."

Aus dieser Beschreibung ist besonders hervorzuheben, daß der K., als sich die Arbeiter unwohl zu fühlen anfingen, und

die Arbeitsstelle verlassen wollten, erst auf Zuruf, anscheinend schon halb betäubt, sich zum Fortgehen bewegen ließ.

Diese amtlichen Ermittelungen haben somit ergeben, daß der Grubensteiger K. in sog. „matten Wettern“ erstickt ist. Von Wichtigkeit ist dabei, daß die den K. begleitenden Arbeiter, die selbst unter dem Einfluß der erstickenden Gase zu leiden begannen, den Steiger auf dem Boden des Ganges des Schachtes liegen lassen mußten. Sie hatten genug zu tun, ihr eigenes Leben zu retten, und nicht mehr die Kräfte, den K. bis in den „frischen Wetterstrom“ zu schleppen.

Der Vollständigkeit wegen sei auch noch das amtliche Gutachten der Königl. Berginspektion angeführt; es lautet etwa folgendermaßen:

„K. hatte die Aufsicht beim Stellen eines Wetterdammes und benutzte einen Drägerschen Helm-[1])Rettungsapparat, der in Ordnung war. Nach etwa $1^{1}/_{4}$ stündigem Aufenthalt in den matten Wettern wurde K. unwohl, konnte nicht mehr allein gehen und wurde in den frischen Wetterstrom gebracht, wo er trotz vorgenommener Wiederbelebungsversuche verschied.

Anscheinend ist Herz- oder Lungenschlag die Todesursache, möglicherweise auch Kohlensäurevergiftung infolge Undichtigkeit des Apparates. Die Schuld eines Dritten an dem Unfall ist nicht nachweisbar. In gewisser Weise trifft den Verunglückten selbst Schuld, weil er anscheinend länger mit dem Apparat gearbeitet hat, als seinen Körperkräften entsprach, und weil er nach Lage der Verhältnisse schon nach kürzerer Zeit sich hätte eine Erholungspause verschaffen müssen und können.“

Man hatte nach diesen Berichten mithin keine Kenntnis davon, daß in den „matten Wettern“ Kohlenoxydgas mit enthalten war oder sein könnte. Sonst stimmt das Gutachten im allgemeinen mit meiner Auffassung der Vorgänge überein.

Stellt man die gefundenen Tatsachen zusammen, so findet sich folgendes:

Die Sektion hat ergeben, daß das Blut dunkelkirschrot, also stark kohlensäurehaltig, gefärbt war und daß trotzdem Kohlenoxydgas im Blut gefunden worden ist.

Es ist dies gewissermaßen ein Widerspruch, weil die Organe des Körpers, die Totenflecke und das Blut bei Kohlenoxydgasvergiftung „hellrote“ Farbe haben. Ich versuche diesen Widerspruch dadurch zu erklären:

Die Kohlensäurevergiftung konnte besonders deshalb zustande kommen, weil K. die letzte Zeit auf dem Erdboden des Grubenganges lag, auf den er hingestürzt war. Die Kohlensäure hat nämlich die bekannte Eigenschaft, sich besonders an der tiefsten Luftschicht, also unmittelbar auf dem Erdboden niederzuschlagen, da sie schwerer als die atmosphärische Luft ist. K. hat nun sicher eine genügend lange Zeit in dieser kohlensäurereichen Luftschicht bewußtlos gelegen, so daß er schließlich durch Kohlensäure ersticken mußte. Er war bereits stark benommen, ehe er die Arbeitsstelle verließ und hinfiel. Er war dadurch besonders geeignet zu ersticken, da er wehrlos das giftige Gas in Menge und wohl ohne Luftsauerstoff einatmete.

---

[1]) Sauerstoffzuführer.

Schon dieses Einatmen der Kohlensäure allein würde genügt haben, um ihn schwer zu betäuben, wenn nicht gar bereits zu töten. Daß aber die Gasvergiftung sehr schwer gewesen ist, beweist der Mißerfolg der Wiederbelebungsversuche, obwohl man diese längere Zeit fortsetzte. Der Grund dafür ist in der Verbindung zweier Gase, die unglücklicherweise in den „matten Wettern" vorhanden gewesen sein müssen, zu suchen: nämlich der Kohlensäure und dem Kohlenoxydgas.

Diese Verbindung soll, wenn auch nicht häufig, dennoch vorkommen. Jedenfalls muß sie in diesem Falle vorhanden gewesen sein, denn die Blutuntersuchung hat sie mit Sicherheit ergeben.

Nun ist Kohlenoxyd, wie allbekannt, ein außerordentlich gefährliches Blutgift, weil es mit den roten Blutkörperchen des Blutes eine ähnliche Verbindung eingeht, wie der Sauerstoff der Atemluft, allerdings mit dem Unterschiede, daß die Verbindung des Kohlenoxyds mit den Blutkörperchen so fest ist, daß sie kaum getrennt werden kann; deshalb sind Wiederbelebungsversuche selten von Erfolg, wie beispielsweise die Leuchtgasvergiftungen beweisen.

Wo das Kohlenoxyd herstammt, entzieht sich, da ich die Beschaffenheit der K. Grube nicht kenne, meiner Beurteilung.

Daß der Tod sehr schnell eingetreten ist, dafür spricht der Befund am Herzen, in dem sich keine Blutgerinnsel vorfanden, die sonst bei längerem Todeskampf stets zu finden sind.

Und dieser schnelle Tod bezw. die schnelle Betäubung des K., die heftiger als bei den anderen Arbeitern gewesen sein muß, da sie sich noch retten konnten und nicht sogleich beim Verlassen des Ortes hinfielen, spricht wiederum dafür, daß von K. nicht Kohlensäure, sondern zumeist Kohlenoxyd eingeatmet worden ist, das ihn plötzlich heftig betäubte und vergiftete.

Erklären würde sich dies wohl lassen, wenn die begleitenden Arbeiter vor Ort in gebückter Stellung gearbeitet haben, mithin der Kohlensäure mehr ausgesetzt waren, die nicht so gefährlich ist wie das Kohlenoxyd, während K. stand und in einen Wetterstrom hineinkam, in dessen oberen Schichten das leichtere Kohlenoxyd, vielleicht plötzlich, erschien, ihn betäubte und schließlich tötete. Die Wetter müssen auch in ihrer Gefährlichkeit wechseln und bald mehr Kohlensäure, bald mehr Metan, bald auch Kohlenoxyd führen, je nachdem in dem „alten Mann" sich solche Luftarten bilden und aufsammeln. Daß man sie abdämmen mußte, spricht für die große Menge, die vorhanden gewesen war; denn wenn man diese Gase nicht gefürchtet hätte, würde man sie schwerlich abgedämmt haben.

Der ganze tragische Vorgang stellt gewissermaßen ein physiologisches Experiment dar, in dem geprüft wurde, ob Kohlenoxyd tötlicher wirkt wie Kohlensäure, und ob die Kohlensäure das Kohlenoxyd oder Kohlenoxyd die Kohlensäure aus dem Blute zu verdrängen vermag. Eine Nachprüfung wäre wohl lohnend.

In Fällen, wo es auf die Priorität der Todesursachen ankommt, könnte die Feststellung der Todesursache von Kohlensäure oder Kohlenoxyd von Wichtigkeit werden.

Der Unglücksfall beweist auch, daß der Drägersche Helm sehr sorgfältig aufgesetzt werden muß, damit das Einathmen des Sauerstoffes, den er zuführt, nicht gehemmt wird, schädliche Gase nicht daneben eindringen können und stets genügend Sauerstoff zum Einatmen vorhanden ist.

Eine seltene Kohlenoxyd-Vergiftung nebst einer Bemerkung zur Wohnungshygiene.

Von Gerichtsarzt Dr. **Berg** in Düsseldorf.

Den nachstehenden Fall von Kohlenoxyd-Vergiftung teile ich wegen seiner praktischen Bedeutung mit:

Am 12. Januar d. J. wurde ein 26jähriges Dienstmädchen in seinem Mansardenzimmer tot im Bett gefunden. Die Dienstherrin hatte morgens vergeblich auf sein Erscheinen gewartet und durch einen Schlosser die Zimmertür öffnen lassen. Die Tote lag in gewöhnlicher Rückenlage und mit der Decke bedeckt im Bett.

Bei der Leichenöffnung am 13. fiel die hellrote Färbung des Blutes in den Organen auf, so daß gleich der Verdacht auf Kohlenoxyd-Vergiftung aufstieg, zumal Verletzungen oder sonstige Organerkrankungen, die den Tod hätten erklären können, fehlten. Die Untersuchung des Blutes ergab denn auch CO-Hämoglobin. Aus der spektroskopischen Prüfung konnte geschlossen werden, daß das Hämoglobin mit Kohlenoxyd gesättigt war. Der Befund des Mageninhaltes erlaubte auch einen Rückschluß auf die Zeit des Todes. Der Magen war mit vielfach unverdauten, noch gut erkenntlichen Speiseresten angefüllt; der Zwölffingerdarm und der obere Dünndarm waren leer. Da das verstorbene Mädchen zur üblichen Zeit zum Abend gegessen hatte und schlafen gegangen war, mußte aus dem Stande der Verdauung geschlossen werden, daß der Tod bald nach dem Niederlegen eingetreten war.

Ueber die Umstände, unter denen Kohlenoxyd in das Schlafzimmer eingedrungen war, konnte ich folgendes ermitteln:

Das erwähnte Mansardenzimmer lag im Dachgeschoß eines dreistöckigen Hauses und hatte 35 cbm Rauminhalt. Die Zimmerdecke war nach der Fensterwand etwas abgeschrägt, so daß diese nur 2 m hoch war; das Fenster hielt etwa 1 qm Fläche. Es war also eine recht geräumige Dachstube. Das ganze Dachgeschoß war erst vor kurzer Zeit dem älteren Hause aufgesetzt worden; die Zimmertapete sah noch neu aus.

Das Bett stand mit dem Kopfende dicht an dem geschlossenen Fenster. Eine Heizungsanlage war weder in diesem Raum noch sonst im Dachgeschoß vorhanden; ebenso fehlte auf diesem Stockwerk eine Gasrohrleitung. Somit war eine Vergiftung durch Leuchtgas oder von einem schlechten Ofen her ausgeschlossen. Doch fand sich bei näherer Untersuchung der Zwischenwand zwischen dem Schlafraum und der benachbarten Dachstube ein eingebauter Schornstein. An seiner Stelle war die Wand erwärmt und oben, unfern der Decke zeigte die Tapete einen kreisrunden, gelbbraunen Flecken. Bei einem leichten Druck gegen diese Tapetenstelle riß das Papier ein und man blickte durch ein in der Wand vorgesehenes Anschlußloch in den sehr russigen Schornstein. Dieses nur mit Tapete verschlossene Loch kam allein für das Eindringen des Kohlenoxyds in Betracht. Das Gas mußte durch die Tapete durchgedrungen sein, hatte die unteren Luftschichten der Schlafkammer angefüllt und den schnellen Tod der Schlafenden herbeigeführt.

Als die Bildungsstätte des Kohlenoxyds mußte somit eine der an diesen Schornstein angeschlossenen Feuerungen

angesehen werden. Es lag nahe, nach Meidingers Vorgang an einen Füllofen zu denken; denn bekanntlich sind hier im Westen die Wohnräume überwiegend mit eisernen Oefen ausgerüstet. In den besseren Wohnungen trifft man meist Füllöfen der verschiedensten Bauart an, Oefen, die einen mehr oder minder langen Dauerbrand zulassen. Gemeinsam ist ihnen, das sie zur Nacht durch Schließen der größeren Luftzufuhr-Oeffnungen auf kleinen Brand abgestellt werden können; dadurch entwickelt sich reichlich Kohlenoxyd, das in den Schornstein gelangt, aber wegen der geringen Erwärmung der Schornsteinluft naturgemäß einen schlechten Auftrieb hat. Kommt nun gar eine Umdrehung des Zuges durch atmosphärische Einflüsse zustande, so kann die kohlenoxydreiche Luft unter Druck in die Wohnräume eindringen, wenn irgend eine offene Verbindung zwischen Schlot und Innenraum besteht. Bei einem dicht in den Kamin eingefügten Ofenrohr ist diese Gefahr des Eindringens sicher sehr gering; andernfalls müßten hierzulande Kohlenoxydvergiftungen häufiger sein. Allerdings ist zu berücksichtigen, daß in den Schlafräumen meist keine Oefen aufgestellt sind, und daß aus den Wohnräumen bis zum Morgen das giftige Gas wieder entwichen sein kann. Natürlich können auch einfache eiserne Oefen oder Herdfeuer die Quelle des Kohlenoxyds sein. Bei ihnen hört aber die Gefahr des Nachts auf, weil sie ohne fortgesetzte Beschickung mit Brennmaterial bald erlöschen.

Wenn gemeinsame Schlote die Verbrennungsgase verschiedener Stockwerke aufnehmen, so sind dadurch auch die Bewohner aller Stockwerke gefährdet; Meidinger führt 2 Fälle von Kohlenoxyd-Vergiftung zum Beweis dafür an. So war es auch in unserem Fall: das Dienstmädchen wurde das Opfer eines mangelhaften Abschlusses des Schlotes. Ein sorgsamer Hausbesitzer wird freilich nicht dulden, daß die Anschlußrohre zum Schornstein in den Zimmern nur mit einer Tapete überklebt werden. Aber nach meiner eigenen Beobachtung ist das im Rheinland und Westfalen häufig genug der Fall; denn hier besteht die kuriose Gepflogenheit, die Wohnungen ohne Oefen und Herd zu vermieten. Wenn nun ein Mieter auszieht und seine Ofenrohre aus der Wand reißt, dann wird die Wohnung „neu renoviert“ und das Ofenloch mit der neuen Tapete überklebt. Läßt sich der nächste Mieter zufällig in einem Zimmer keinen Ofen setzen, wenn er es als Schlafzimmer benutzen will, dann bleibt das Loch hinter der Tapete offen. Selbstverständlich ist das polizeilich verboten, aber es geschieht trotzdem oft genug; die Polizei kann doch nicht in jedes Ofenloch sehen. Jahrelang kann die Sorglosigkeit ohne Schaden hingehen, bis dann ihr ein blühendes Menschenleben zum Opfer fällt. Ich habe die Vermutung, daß dieser oder jener unerwartete Todesfall während der Nacht, bei dem ärztlich ein Herzschlag „konstatiert“ wurde, sich bei näherer Untersuchung als Kohlendunst-Vergiftung entpuppt hätte. Wer denkt denn auch gerade an CO! Das rosige Aussehen der Leichen wird häufiger in den Lehr-

büchern der gerichtlichen Medizin als auf dem Sektionstisch beobachtet. Auch in unserem Fall konnte niemand nach dem Aussehen der Leiche auf den Gedanken der Kohlenoxyd-Vergiftung kommen, erst die innere Besichtigung machte uns stutzig.

Ein anderer Zufuhrweg für das Kohlenoxyd war in dem beschriebenen Schlafzimmer nicht vorhanden; das Gas konnte nur durch die angesengte Tapete hindurch aus dem Schlot eingeströmt sein. Wo es sich gebildet hat, konnte jedoch nicht zweifelsfrei bestimmt werden. An den erwähnten Schlot waren keine Dauerbrandöfen, sondern nur 3 Küchenherde angeschlossen. Ob in einem von ihnen an jenem verhängnisvollen Abend noch spät Feuer unterhalten worden ist, war nachträglich nicht zu ermitteln. Ich erwähnte schon, daß der Schornstein stark russig war. Auch eine glimmende oder schwelende Stelle in dem Rußbelag hat, wie wir aus anderen Beobachtungen wissen, schon zu Kohlenoxyd-Vergiftungen Anlaß gegeben. Für meinen Zweck kommt es aber gar nicht darauf an, wo das giftige Gas sich bildete, sondern wo es in das Schlafzimmer einströmte. Das ist nachgewiesen und daraus folgt die Nutzanwendung, um deren Willen ich meine Beobachtung an dieser Stelle mitteile. Das einfache Ueberkleben eines Schornsteinloches mit der Tapete ist eine arge Fahrlässigkeit, die recht häufig vorkommt, die aber nicht geduldet werden darf. Den Kreisarzt führen Besichtigungen häufig genug in Wohnräume, er widme seine Aufmerksamkeit alsdann auch der hier berührten Angelegenheit. Schornsteinöffnungen müssen in den Wohn- und Schlafräumen mehrgeschossiger Häuser dicht geschlossen sein, weil man nie sicher ist, daß an den gleichen Schlot nicht auch andere Feuerstellen angeschlossen sind. Ist ein Ofen vorhanden, so muß sein Rauchabzugsrohr eingegipst oder mit Mörtel gedichtet sein; fehlt ein Ofen, so muß das Rauchloch vollständig dicht durch einen passenden Stein- oder Metalldeckel abgeschlossen sein. Insbesondere achte man in Schlafräumen auf etwa nur mit Tapete verklebte Anschlußöffnungen an dem Schornstein.

Zur Blitzlichtphotographie.

Von Kreisarzt Dr. **Wilcke** in Genthin.

In § 12 der Vorschriften für das Verfahren der Gerichtsärzte vom 17. Oktober 1904 wird die photographische Wiedergabe wichtiger Befunde gewünscht. Trotzdem wird die Photographie sowohl in der gerichtsärztlichen, als in der gutachtlichen Tätigkeit verhältnismäßig selten angewandt, weil die Herstellung guter Aufnahmen als schwierig angesehen wird. Gilt dies für die Aufnahmen im Freien solange man den Apparat nicht kennt und eine Belichtungstabelle nicht benutzt, so ergibt die Blitzlichtaufnahme im Innenraum der stets gleichen

Belichtung wegen auch bei billigem Apparate jeder Zeit gute Erfolge.

Giese-Blitzlichtpatronen, Geka-Kugelblitze und Agfa-Blitzlicht versagen nie; für die Aufnahmen lebloser Objekte kommen auch die Zeitlichtpatronen in Frage. Ibrahim empfiehlt in der Münchner med. Wochenschrift Nr. 26, 1911 die Pustlampe, in der reines Magnesium durch eine Spirituslampe geblasen wird, um Kinder, die unruhig sind und kein Verständnis für die Aufnahme zeigen, im geeigneten Augenblick auf die Platte zu bringen.

Da reines Vorderlicht flache Aufnahmen gibt, läßt man das Licht als Seiten-Oberlicht wirken und bringt das Blitzlicht oben-seitlich hinter dem Apparat zum Aufflammen. Hält die linke Hand den Stock, an dem die Giese-Patrone befestigt ist, so kann die rechte Hand in unmittelbarer Folge den Apparat öffnen, die Patrone durchreißen und den Verschluß wieder schließen.

Vor und während der Aufnahme sollte der Raum entweder durch Tageslicht oder durch eine Lampe erhellt sein, um das Bild weniger hart zu erhalten. Die Einstellung erfolgt auf das durch ein Licht beleuchtete Zifferblatt, während die Uhr in Höhe des Objekts gehalten wird. Die Entwicklung wird etwas früher als bei der Tageslichtaufnahme abgebrochen, weil dann die Einzelheiten des Objekts besser hervortreten.

Als Nachteil ist nur zu nennen, daß man nicht mehrere Aufnahmen hintereinander machen kann, da der aus der Verbrennung des Magnesiums erzeugte Nebel vor der zweiten Aufnahme durch Lüftung völlig aus dem Zimmer entfernt sein muß, wenn nicht die folgende Platte verschleiert sein soll.

Genügen die Vorschriften des preussischen Hebammenlehrbuches den Anforderungen der neuzeitigen Säuglingsfürsorge?

Von Kreisassistenzarzt Dr. **Suessmann**, Arzt der Kinderfürsorge-Einrichtungen des Vaterländischen Frauen-Vereins Liegnitz-Stadt.

In einer früheren Nummer[1]) dieser Zeitschrift hatte ich Gelegenheit, darauf hinzuweisen, daß für die großzügige Durchführung der Säuglingsfürsorge die Mithilfe der Hebamme unerläßlich, daß unsere Hebammenschaft in der Lage und befähigt ist, diese Mithilfe zu leisten und daß hauptsächlich mangelnde Bekanntschaft mit den Anforderungen der neuzeitlichen Säuglingsfürsorge einem gedeihlichen Wirken der Hebamme auf diesem Gebiete entgegensteht. Dieser Mangel hat darin seinen Grund, daß gerade in den Jahren seit Erscheinen des heute gültigen Hebammen-Lehrbuches (1904 bezw. 1905) die Lehre von der Ernährung und von den Darmerkrankungen des Säuglings,

---

[1]) Siehe Nr. 20, Jahrg. 1911: Die Hebamme in der Säuglingsfürsorge.

wie auch die gesamte Säuglingsfürsorge mannigfache und bedeutsame Wandlungen erfahren hat. Insbesondere hat der abgelaufene Sommer zur Klärung mancher Fragen auf diesen Gebieten beigetragen, wie die Verhandlungen des diesjährigen Internationalen Kongresses für Säuglingsschutz in Berlin erwiesen. Zurzeit, darf man sagen, sind die Richtlinien der neuzeitlichen Säuglingsfürsorge festgelegt und auf sichere Grundlage gebracht, so daß es gerechtfertigt erscheint, die Bestimmungen des Hebammen-Lehrbuchs auf ihre derzeitige Geltung zu prüfen.

Es wird sich empfehlen, Paragraph für Paragraph daraufhin anzusehen und bei jedem einzelnen die notwendigen Abänderungen oder Zusätze zu besprechen.

Als erster käme § 248 mit Absatz 3 in Betracht. Hier möchte ich das Stillverbot für Frauen, „welche lungenkrank sind oder an Schwindsucht leiden", in dieser Allgemeinheit aufgehoben sehen. Als Hindernis für das Stillen uneinschränkt kann man doch wohl nur die offene Tuberkulose mit Keimabsonderung gelten lassen. Bei geschlossener Tuberkulose kann man es sehr wohl von dem körperlichen Zustand der Betreffenden abhängig machen, ob sie ihrem Kinde die Brust reichen kann und soll,; da möchte ich doch die Grenzen für das Noch-stillen-können viel, viel weiter gesteckt wissen, als es heute im Lager der praktischen Aerzte zumeist geschieht. Es wird gewiß nicht viele Fälle geben, in denen das bloße Nichtstillen nachweisbar die Krankheit günstig, das Stillen dagegen (selbstverständlich unter geeigneter Behandlung und Ernährung) schädlich beeinflußt hat. Dabei ist noch zu bedenken, daß heutzutage eine nicht unbeträchtliche Anzahl Tuberkulosen ärztlich diagnostiziert werden, die sich hinterher als mildere Erkrankungen erweisen. So hat die Landes-Versicherungsanstalt für die Rheinprovinz festgestellt, daß etwa die Hälfte der von den Durchgangsstationen Zurückgewiesenen trotz ärztlicher Gutachten nicht lungenkrank waren.[1]) Und was vollends im großen Publikum alles unter der Diagnose „lungenkrank" segelt, um das Nichtstillen zu rechtfertigen, ist ganz unglaublich.

Ebenso steht es mit den in demselben Absatz erwähnten Nervenkrankheiten, wenn auch hier durch das Beiwort „schwer" die richtige Einengung versucht wird. In der Praxis wird nur zu oft über dieses Beiwort hinweggelesen und dann kommt es zu solchen Aufzeichnungen, wie ich sie im Tagebuche einer hiesigen Hebamme fand, daß unter 35 Wöchnerinnen, sämtlich Landarbeiterfrauen, 6 wegen Nervosität nicht stillen konnten!

Auch die Blutarmut und Bleichsucht mögen hier angefügt werden, beliebte Rechtfertigungsgründe für mütter-

[1]) Landesrat Dr. Schellmann-Düsseldorf: Ist die Einrichtung von Vor- und Durchgangsstationen für Lungenkranke, unabhängig von den Heilstätten, zweckmäßig? — Das Rote Kreuz; 1911, Nr. 19, S. 670.

liche Pflichtvergessenheit. Und nun gar die „Stillbeschwerden“ — lucus a non lucendo! Die „Stillbeschwerden“, die ich in Praxis und Fürsorge bisher angetroffen habe, Kopfschmerzen, Brustschmerzen, Rückenstechen usw. waren entweder auf Blutarmut, Neurasthenie oder dergl. zurückzuführen, oder rheumatische Erkrankungen, die bei den leicht schwitzenden, weil viel Flüssigkeit aufnehmenden Stillmüttern wohl erklärlich sind. Ich habe noch alle Stillbeschwerden, wo der gute Wille zum Stillen vorhanden war, trotz Weiterstillen beseitigen können.

Wie ich schon an anderer Stelle[1]) betont habe, muß die Hebamme auf dem Standpunkt stehen, daß mit Ausnahme der Tuberkulose mit keimhaltigen Absonderungen keine Krankheit an sich und keine Stillbeschwerde ein Nichtanlegen oder Absetzen rechtfertigt, weil die meisten Leiden durch das Absetzen allein nicht gebesssert oder geheilt werden, und daß sie sich auch ohne Absetzen durch richtige Behandlung bessern lassen. Die Entscheidung soll der Arzt, wenn angängig, fällen oder die Säuglingsfürsorgestelle. Im Zweifelsfalle rate die Hebamme, wenn sie sich beim Kreisarzt nicht Rat holen kann, stets zum Stillen; daß durch übertriebenes Stillen Schaden angerichtet werden könnte, brauchen wir vor der Hand nicht zu fürchten.

Bei dem Kapitel „Die Pflege des Kindes“ kommt zunächst § 257 in Betracht. Hier erscheint ein dringender Hinweis auf sorgfältiges Abtrocknen und, wenn nötig, Bedecken des Kopfes des Kindes nach dem Bade wünschenswert. In ungezählten Fällen habe ich Unterlassungen hierin als Ursache des Säuglingsschnupfens und damit scheinbarer Saugunfähigkeit gesehen, sodaß ich einen entsprechenden Zusatz nicht entbehren möchte; denn nach meinen Erfahrungen sind in der Mehrzahl aller Fälle, in denen sich Schwierigkeiten beim Anlegen bemerkbar machten, diese auf die genannten Unterlassungen zurückzuführen gewesen. Das Nähere hierüber wird weiter unten bei der Besprechung des Säuglingsschnupfens zu sagen sein.

Bei § 259, Abs. 2 am Schlusse möchte ich zu bedenken geben, daß man gar nicht so selten Kinder an ausgesprochenen Hohlwarzen ganz vorzüglich saugen sieht, und durch eine mündliche Mitteilung weiß ich, daß Geheimrat Walcher in Stuttgart, wohl der erste Vorkämpfer der neuen Stillpropaganda, Hohlwarzen als Grund für unterlassenes Anlegen des Kindes nicht gelten läßt. Es ist auch darum nicht ratsam, der Hebamme im Lehrbuche bei Hohlwarzen von vornherein das Unterlassen des Anlegens gar zu leicht zu machen, weil in der Praxis der Begriff „Hohlwarze“ dehnbar und im Tagebuche mancher Hebamme noch dehnbarer ist. Es wird dadurch leicht der Nachlässigkeit Vorschub geleistet. — Bei Absatz 4 des gleichen

---

[1]) Schwierigkeiten bei der Förderung des Stillgeschäfts. — Allgem. Deutsche Hebammenzeitung; 1911, Nr. 20, S. 441.

Paragraphen wäre noch zu erwähnen, daß das Auswaschen des Mundes meist nicht mehr geübt wird.

Bei § 262, Abs. 1 könnte für die Ernährung schwacher Frühgeborener noch die Einspritzung der abgedrückten Muttermilch in den Mastdarm empfohlen werden. Besonders, wo die äußeren Verhältnisse mißlich sind — und das ist ja bei vielen Hebammen in der Mehrzahl ihrer Entbindungen der Fall —, sieht man gelegentlich frühreife Früchte, die selbst zum Schlucken zu schwach sind. Solche Kinder können durch Einbringen der Muttermilch (oder von Salzwasser) in den Mastdarm am Leben erhalten werden. — Hinter diesem Absatze würde ich wiederum einen Hinweis auf den Säuglingsschnupfen als Ursache der Unruhe und mangelhaften Nahrungsaufnahme empfehlen; nach meinem Dafürhalten kann die Hebamme nicht oft und eindringlich genug auf diesen Punkt hingewiesen werden.

Im Anschluß an Abs. 2 des § 262, wo von Unruhe des Kindes regelmäßig nach dem Trinken die Rede ist, halte ich eine eingehendere Belehrung über die Erscheinungen der Ueberfütterung für dringend nötig. Es wird darauf hinzuweisen sein, daß stets große Neigung besteht, jedes Schreien des Kindes als Hunger zu deuten, daß dies zu häufigerem Anlegen, zur Ueberfütterung und vermehrten Unruhe, weiterhin zur Erkrankung des Kindes führt. — Am Ende dieses Absatzes hinter den Worten „dann ist ein Arzt zu erbitten“, wäre zweckmäßig einzuschalten: „oder eine Säuglingsfürsorgestelle aufzusuchen, wo eine solche besteht oder erreichbar ist; wie denn überhaupt die Hebamme gut tut, das alsbaldige Aufsuchen einer solchen Stelle nach Möglichkeit zu empfehlen, wenn nicht ein Hausarzt vorhanden ist. Bekanntlich wird nur zu häufig das Stillen ausgesetzt oder mit Beikost begonnen, sobald die Hebamme ihre Besuche eingestellt hat. Am wirksamsten ist es, wenn die Hebamme persönlich ihre Schutzbefohlenen der Fürsorgestelle zuführt.“

Auch im folgenden Absatz, wo vom Milchmangel die Rede ist, erscheint mir ein Hinweis auf den Säuglingsschnupfen als Ursache und seine Erklärung durch mangelhaftes Absaugen und den so fehlenden Saugreiz empfehlenswert. Daneben könnte auf Gebrauch von Abführmitteln, starke Periodenblutung oder schlechtes Gebiß als mögliche Ursachen des Milchmangels oder des vorzeitigen Versiegens der Milch aufmerksam gemacht werden. Und vor allen Dingen möchte ich vor die Worte „so soll man zunächst neben der Muttermilch Kuhmilch . . . geben . . .“ erst nochmals die Empfehlung, einen Arzt oder eine Fürsorgestelle zu befragen, eingeschaltet wissen. Der Hebamme muß es auf alle Weise beigebracht werden, daß die Frage „Stillen oder Nichtstillen“ nicht so leicht für das „Nichtstillen“ entschieden werden darf, weil natürliche und künstliche Ernährung des Säuglings keineswegs gleichwertig sind. Wie ich es an

anderer Stelle[1]) ausdrückte, soll sich die Hebamme nie fragen: „möchte man nicht das Kind absetzen?“, sondern: „ist das Stillen nicht doch zu ermöglichen?“ Deshalb möchte ich die hier empfohlene Zugabe von Kuhmilch auch mit allen Vorbehalten umgeben wissen; denn erfahrungsgemäß versiegt bei Nebenherreichung der Flasche zumeist sehr schnell die Milchabsonderung, weil die Kinder saugfaul werden. Hingegen erschiene hier ein Hinweis darauf angebracht, daß das Wiederanlegen selbst mehrere Wochen nach dem Abstillen (nach Walcher's mündlichen Angaben bis sechs Wochen, nach vier Wochen kenne ich eigene Fälle) mit der Aussicht auf Erfolg versucht werden kann. Bei § 264 Abs. 2 möchte ich deshalb angefügt haben:

„Allerdings ist das nicht sicher, weil manche Kinder überhaupt keine andere Nahrung als die Muttermilch vertragen. In jedem Falle ist die Brustnahrung für die spätere Gesundheit und Widerstandsfähigkeit viel besser; sterben doch schon im ersten Lebensjahre fünfmal soviel Flaschenkinder als Brustkinder.“

In § 265 ist die Einschränkung der Zuckergabe und die reichliche Darreichung von gekochtem Wasser oder Tee zu Zeiten großer Hitze erwähnenswert.

Ueber die Kleidung des Kindes (§ 270) wäre noch zu sagen, daß das Bedecken des Kopfes bei erkälteten oder frühreifen, schwächlichen Kindern ratsam ist, in solchen Fällen auch das Einlegen von Wärmeflaschen in die Kissen. Anderseits wäre darauf aufmerksam zu machen, daß das nicht selten beobachtete starke Schwitzen der Kinder meist durch zu tiefes Einsinken des Kopfes in die Kissen verursacht und durch Betten des Kopfes unmittelbar auf ein härteres Kissen (Seegras, Heu) verhütet wird. Bei sehr großer Hitze sollen die Kinder unbekleidet liegen.

In dem Kapitel „Die Störungen des Säugegeschäftes“ wird wohl im § 494 Abs. 2 der Satz „Sehr häufig müssen die Wöchnerinnen bei Schrunden das Kind schließlich absetzen, da keine Heilung zu erzielen ist“ wegzufallen haben. Ob nicht an dieser Stelle das Bestreichen der wunden Warzen mit dem altbewährten Peru-Balsam anzuempfehlen wäre, gebe ich zur Erwägung. Man muß doch bedenken, daß vieler Orten die Zuziehung eines Arztes recht schwierig ist und auch sonst recht häufig notgedrungen unterbleibt.

Auch im nächsten § 494 Abs. 3 erscheint mir die Anordnung, das Kind sofort von der erkrankten Brust abzusetzen, angreifbar. Abgesehen von den Fällen geringerer Ausdehnung der Entzündung, wo unter den nötigen Vorsichtsmaßregeln getrost weiter gestillt werden kann, ist es nötig, die Milchabsonderung durch mehrmals tägliches Abziehen aufrecht zu erhalten, um bei beginnender Heilung das Kind

[1]) Allgemeine Deutsche Hebammen-Zeitung; a. a. O.

wieder anzulegen. Ich für meinen Teil bin auf diese Weise mit allen Fällen zustande gekommen. Daneben möchte ich anheimgeben, den im gleichen Absatz empfohlenen Prießnitzschen Umschlag durch einen Alkoholumschlag zu ersetzen.

In Abs. 6 des § 494 dürfte sich die Einfügung einer Belehrung darüber empfehlen, daß gar nicht selten bei einer Stillenden die Milchabsonderung für einige Tage (infolge Periodenblutung, starken Schwitzens oder dergl.) knapper wird, daß hierin häufig ein Anlaß zur Zugabe der Flasche oder gar zum Absetzen gesehen wird, während lediglich reichlichere Flüssigkeitsaufnahme der Mutter während einiger Tage notwendig ist.

Wie schon mehrfach erwähnt, halte ich den Säuglingsschnupfen für eine in der Praxis der Hebamme sehr bedeutsame Erkrankung. Aus diesem Grunde möchte ich ihn unter den Krankheiten des Neugeborenen (§§ 496—513) besonders und zusammenfassend abgehandelt wissen. Seine Entstehung (mangelhaftes Abtrocknen des Kopfes, zu langdauerndes Entblößen des Kindes beim Trockenlegen und Umkleiden, Uebertragung von der in gleicher Weise zuvor erkrankten Mutter, häufiges Auftreten bei Vorherrschen von Grippeerkrankungen), ferner seine häufig geringfügigen Erscheinungen (mitunter nur giemende Einatmungen im Schlafe) seine leichte Behandlung (Beachtung der Entstehungsursache, Verbot des Kopfwaschens, in schwereren Fällen des Badens für einige Tage, Einträuflungen dünner Ichthyollösung in die Nase vor jedem Anlegen) möchten kurz dargestellt sein.

Sonst wäre nur noch bei der Zusammenfassung in § 515, Abs. 2 auf die Bedenken, soweit sie bereits vorher hinsichtlich Zwiemilchernährung und Einführung der künstlichen Ernährung geäußert worden sind, wiederholt hinzuweisen.

Ich habe diese Erörterungen mit Absicht nicht auf die betreffenden Abschnitte in ihrer Gesamtheit ausgedehnt — die Hebammenlehrer und Kinderärzte werden auch noch manche Wünsche haben —, weil mir nur daran lag, das in den Vordergrund zu bringen, was der Ausbreitung des Stillens zuträglich, seiner Einschränkung abträglich sein könnte; denn, wie ich schon anderwärts[1]) sagte: Eine großzügige Säuglingsfürsorge hat von der Hebamme in erster Reihe Stillpropaganda zu verlangen. Aus dieser Absicht erklären sich auch die mehrfachen Wiederholungen und, was andere vielleicht bei meinen Abänderungsvorschlägen Verallgemeinerungen nennen werden. Vor allem wird wohl eingewendet werden, daß der Hebamme hiermit ein zu starres System geboten wird; ich meine jedoch, eben ein solch fester Halt ist der Hebamme notwendig; gerade diejenigen Hebammen, die mit Verstand und Eifer diesem Gebiete oblagen, klagten mir ohnehin, wie sie trotz besten Willen nur zu häufig Widerstände fanden. Also die Abweichungen vom System ergeben sich draußen in der

[1]) Die Hebammen in der Säuglingsfürsorge. Siehe diese Zeitschrift; 1911, Nr. 20.

Praxis der Hebammen von selbst und nur allzureich; darum sei vorgebaut.

Am Ende noch ein Vorschlag: die Ergänzungsblätter des Hebammenlehrbuches von 1905 enthalten die eben für das behandelte Gebiet wichtigen Abänderungen, die in der Neuausgabe desselben Jahres verzeichnet sind, zum allerkleinsten Teile. Die Besitzerinnen dieser Blätter sind dadurch im Nachteil. Darum und um der besonderen Wichtigkeit der behandelten Frage willen, möchte ich empfehlen, alle Bestimmungen über Pflege, Ernährung und Erkrankung des Kindes zusammengefaßt als Ergänzung des Lehrbuches hinauszubringen. Die vielfach gewünschte Betonung der Wichtigkeit dieses Wissensgebietes für die Hebamme würde damit ebenfalls erzielt werden.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Ueber die Wirkungen der subkutanen Sauerstoffinjektionen. Von Beraud und Garrelon. Comptes rendus de la soc. de biol.; 1911, LXXI, Nr. 84.

Die Erstickung im luftbeschränkten Raum wird durch subkutane Sauerstoffinjektion verzögert. Der Organismus nützt den injizierten Sauerstoff aus; der Widerstand, den die Tiere der Erstickung leisten, steht im direkten Verhältnis zur Menge des zugeführten Sauerstoffs. Die Autoren setzten zwei Gruppen von möglichst gleichen Meerschweinchen unter 2 Glocken von je 86 Liter Luftraum. Die Tiere, denen O injiziert wird, starben 10 Minuten später, als die Kontroltiere. Von dem Augenblick, wo die Tiere sich auf die Seite fallen lassen bis zum Ende des Versuchs betrug im Mittel die Zeitdauer 2$^{1}/_{2}$ Stunden. Die Luftanalyse nach 30 Minuten ergab: Bei den normalen Tieren 4,1 % produzierte Kohlensäure, bei den Sauerstofftieren CO_2 4,1; an Sauerstoff war verbraucht dort 4,6 %, hier nur 8,9 %. Ob außer der Erhöhung des Widerstandes noch eine antitoxische Wirkung des Sauerstoffs hinzukommt, lassen Beraud und Garrelon dahingestellt. Dr. Mayer-Simmern.

Experimentelle Untersuchung über die Wirkung der Kohlenoxydvergiftung auf die nervösen Zentren. Von H. Claude und J. Lhermitte. Comptes rendus de la soc. de biol.; 1912, LXXI, Nr. 5.

In einer ersten Versuchsreihe wurden 4 Hunde verschiedenen Gewichtes und verschiedenen Alters akuter und chronischer CO-Vergiftung unterworfen. Die Tiere wurden in einem hermetisch verschlossenen Schrank verbracht, in dessen oberem Fache Kohle brannte. Zuerst trat Aufregung, dann Unbeweglichkeit ein, die Atmung wurde unregelmäßig, das Tier fiel um. Ein Tier starb nach $^{1}/_{2}$ Stunde, das zweite nach 4 Sitzungen von $^{1}/_{2}$—$^{3}/_{4}$ Stunden Dauer, das dritte nach 8 Stunden, das letzte hielt sich 3 Monate lang; wiederholt war wegen Scheintodes künstliche Atmung nötig gewesen. Nervöse Störungen fanden sich klinisch nicht; bei der Autopsie ergaben sich neben Blutungen der inneren Organe zyanotische Färbung der Nervenzentren, manchmal kleine Blutungen in die Hirnrinde oder das Rückenmark. Dementsprechend zeigte die histologische Untersuchung Erweiterung aller Gefäße der Zentralorgane, Ruptur der Muskelwand der Gefäße, Randstellung der roten Blutkörperchen. Die peripherischen Nerven waren völlig unverändert.

Da die Kohlenoxydvergiftung allein beim Hunde somit eine Schädigung der peripheren Nerven nicht hervorbrachte, auf die Zentralorgane nur insofern einwirkte, als sie praemortale Blutungen erzeugte, kombinierten die Autoren die Wirkung des CO mit der eines anderen Giftes, nämlich mit Diphtherietoxin. 2 Tropfen wurden in 1 ccm physiologischer NaCl-Lösung — also eine schwache Dose — subkutan injiziert und zwar an den Tagen, an denen die Tiere von

CO freigelassen wurden. Tod nach 8, 15 und 30 Tagen. Lähmungen traten nicht ein. Pathologisch-anatomisch fand sich dagegen eine deutliche Schädigung der Fasern und der Zellen des Zentralnervensystems und in 1 Falle ausgesprochene Degeneratien der Nerven der hinteren Extremitäten. Was das CO allein demnach nicht bewirkte, das gelang der kombinierten Vergiftung.

Beim Menschen sind nach CO-Vergiftungen Lähmungen, sensible und psychische Störungen beobachtet worden. Die Polyneuritis nach Kohlenoxyd halten die Autoren für diskutabel, da bisher eine vollständige Beobachtung, die ihre Existenz durch Klinik und Autopsie außer Zweifel setzt, noch nicht existiert. Die Vergiftung durch CO allein dürfte keine Polyneuritis erzeugen, wohl aber die Vergiftung durch solche andere Gifte, die mit CO gleichzeitig auf das peripher ische und das zentrale Nervensystem einwirken. [In dem von Georgs L. Dreyfus — Münchener med. Wochenschrift; 1912, S. 51 — beschriebenen Fall von Polyneuritis infolge von chronischer Kohlenoxydgasvergiftung war eine Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Nervensystems durch luetische Infektion anzunehmen. In dem vom Referenten in der Aerztl. Sachverst.-Ztg.; 1908, Nr. 17[1]) und 1910, Nr. 17 geschilderten Falle von „Neuritis ascendens traumatica nnd Myositis bei Leuchtgasvergiftung“ war außer der lange dauernden Einwirkung des Leuchtgases in kleinen Mengen, Ueberanstrengung und Trauma als auslösendes Moment für die Polyneuritis anzuschuldigen.] Dr. Mayer-Simmern.

Ueber indianisches Pfeilgift nebst Versuchen mit einem aus der Haut von Rana esculenta gewonnenem Gift. Von Dr. W. Caspari und Dr. A. Loewy-Berlin. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 31.

Von dem Forschungsreisenden P. Neumann wurden den Verfassern ein Pfeilgift zur Verfügung gestellt, das die Eingeborenen Kolumbiens bei der Jagd verwerten; das getroffene Tier wird dadurch momentan gelähmt. Gewonnen wird es aus dem Hautsekret gewisser kleiner Frösche, die auf Dornen aufgespießt werden und dann das Sekret liefern, in das die Pfeile getaucht werden. Den Verfassern standen einige Pfeile zur Verfügung, mit denen sie die Wirkung des Giftes an Meerschweinchen ausprobierten; da aber die Wirksamkeit des Giftes, wenn es nicht gebraucht wird, erheblich nachläßt, so entwickelten sich bei den Kaninchen wohl Vergiftungserscheinungen, aber bei weitem nicht so heftige, wie die von Neumann beschriebenen. Bei einem Tier trat zuerst lebhafter Speichelfluß mit starker Dyspnoe ein; dann folgten Starrkrämpfe und eine auffallende Lähmung der unteren Extremitäten; schließlich stellten sich allgemeine klonische Zuckungen ein, in denen das Tier zu Grunde ging. Dies gab nun den Verfassern Veranlassung, unsere gewöhnliche Rana esculenta auf die Wirksamkeit ihres Hautsekretes zu untersuchen. Durch elektrische Reizung erzeugten sie eine starke Sekretentwicklung; das Sekret wurde in physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmt und 1 ccm Kaninchen subkutan eingespritzt. Es trat eine heftige Dyspnoe ein und eine leichte Parese der hinteren Extremitäten; die Tiere erholten sich aber rasch wieder. Wurde der Versuch aber mit weißen Mäusen gemacht, so setzte sofort eine Lähmung der hinteren Gliedmaßen ein; dann folgten heftige Krämpfe, in denen die Tiere zugrunde gingen, oder sie blieben zunächst stundenlang regungslos liegen und gingen erst nach einigen Stunden allmählich zugrunde. Die gleiche Wirkung erzielten sie bei Fröschen. Um sich von der Herkunft des Giftes zu überzeugen, wurden einige Frösche abgehäutet, die Haut zerkleinert und zerrieben, mit physiologisch Kochsalzlösung ausgezogen und filtriert. Das Filtrat wurde eingespritzt und rief die gleichen Giftwirkungen hervor. Ueber die genauere Analyse des Giftes behalten sich Verfasser weitere Angaben vor. Rpd. jun.

Ein Fall von Adalinvergiftung. (Kasuistischer Beitrag zur relativen Ungefährlichkeit selbst großer Dosen.) Von Dr. E. v. Hueber-Salzburg. Münchener mediz. Wochenschrift; 1911, Nr. 49.

Eine 32jährige Frau nahm am 24. Oktober 1911 vorm. 3/412 Uhr und 1/2 Stunde später je 10 und 8 Tabletten Adalin, zusammen also 18 Tabletten in kaltem Wasser angerührt. Die Anwendung des Magenschlauches gelang nicht,

[1]) Referiert diese Zeitschrift: 1908, S. 848.

dagegen die Verabreichung von kleinen Portionen Rizinusöl und von 50 g Aq. lax. Vienn. mit darauf folgendem Seifenklysma, wonach am folgenden Morgen 9 Uhr drei starke Entleerungen erfolgten.

Patientin schlief ohne jedes Reaktionszeichen bis zum Mittag des 25. Oktober, von da ab reagierte sie etwas auf Anrede und Rütteln, verfiel jedoch wieder in Schlaf. Erst gegen Abend, also nach ca. 30 stündigem Schlafe erkannte sie die Angehörigen und nahm Essen und Trinken an. Am 26. Oktober war sie vollkommen bei Bewußtsein, konnte sich jedoch nicht rühren, da sämtliche Muskeln mit Ausnahme der Beine, auch auf Berührung heftig schmerzten, was bis zum 28. Oktober anhielt. Puls und Atmung zeigten keine Abweichungen. Die Pupillen waren mittelweit beweglich; Harn frei von Eiweiß und Zucker. Ein Exzitationsstadium hat nicht stattgefunden.

Dr. Waibel-Kempten.

Anatomisch-pathologische Veränderungen bei der Vergiftung mit Acidum tartaricum und citricum. Von Dr. Gius. Connio-Genua. Archivio di Antropologia criminale Psichiatria usw.; 1911, Heft 4/5.

Es wird über 2 Todesfälle nach den Genuß von Zitronen-Magnesia-Limonade — bisher kaum zur Beobachtung gekommene Fälle — und im Anschluß daran über Tierversuche mit den obengenannten Salzen berichtet. Bei den Todesfällen handelt es sich um erwachsene Personen, die zum Zwecke des Abführens je etwa 250 cbcm von der erwähnten Limonade auf einmal zu sich genommen hatten. Es stellte sich alsbald Leibschmerz und Durchfall ein, dann kam es zu urämischen Erscheinungen, der Tod erfolgte nach 40 Stunden bezw. 12 Tagen. Als richtigster pathologisch-anatomischer Befund ergab sich in den einen der beiden Fälle eine akute Nephritis.

Das Ergebnis der Tierversuche war kurz das, daß bei Hunden und Kaninchen sowohl das Acidum citricum, als das Acidum tartaricum bei 8 bis 15 g eine tödliche Wirkung ausüben. Das erstere ist weniger giftig als das letztere. Beide wirken um so toxischer, je stärker die betreffenden Lösungen sind. Von den Organveränderungen infolge dieser Mittel sind besonders solche der Magenschleimhaut (Rötung, Blutung) zu nennen, dagegen werden nicht, wie beim Menschen, Veränderungen der Nieren beobachtet.

Dr. Solbrig-Königsberg.

Die fibrillären Muskelzuckungen des Herzens unter dem Einfluß der Metalle der alkalischen Erden. Von H. Busquet und C. Pezzi-Paris. Comptes rendus de la soc. de biol. LXXI, 1911, Nr. 34.

In einem Referat (diese Zeitschrift 1909 S. 225) ist über fibrilläre Muskelzuckungen am Herzen des Meerschweinchens unter Einwirkung des Chloroforms berichtet worden, über die H. Busquet, der eine der Verfasser, mit V. Pachon Versuche angestellt hatte. François-Franck sah nach Digitalin und Strophantin[1]) unter demselben Bilde den Herztod beim Hunde eintreten. Die Autoren beobachteten Aehnliches beim Hunde nach intravenöser Injektion von Lösungen der Chloride von Baryum, Calcium und Magnesium. In Konzentration von 1:10 waren die Dosen 0,02 $BaCl_2$, 0,1 $CaCl_2$ und 0,08 $MgCl_2$ pro Kilo. Die rhythmischen Schläge hörten unmittelbar nach der Injektion auf; man sah dann schon durch das Perikard hindurch ein leichtes Erschauern („frémissement"), das die Ventrikelmasse durchzieht.

Ergebnis: 1. Die Chloride der alkalischen Erden, (mit Ausnahme von Strontium) erzeugen beim Hunde in intravenöser Injektion Herzstillstand unter dem Bilde fibrillärer Zitterbewegungen.

2. Diese sind bald ausschließlich ventrikulär ($MgCl_2$), bald gleichzeitig in den Vorhöfen und Kammern ($CaCl_2$ und $BaCl_2$).

3. Die fibrilläre Muskelzuckung findet bei $BaCl_2$ in der Systole, bei $CaCl_2$ und $MgCl_2$ in der Diastole des Herzens statt.

Dr. Mayer-Simmern.

---

[1]) Vergleiche auch Artur Schulz: Ueber ein neues Strophantinpräparat und die Beziehung der subpleuralen Ekchymosen zum primären Herztod. Vierteljahrsschrift f. ger. Medizin usw.; 1899, XVII, S. 252.

Schädigungen der Geschlechtsdrüsen bei Diabetikern und bei Tieren, die im Versuche Glykosurie zeigten. Réunion biologique de Nancy. Von J. Parisot. Comptes rendus de la soc. de biol. LXXI, 1911, Nr. 27.

Beim männlichen Diabetiker findet man häufig Impotenz bedingt durch Verringerung der Zahl der Zellen der Tubuli seminiferi, Abweichung in den spermatogenetischen Prozessen, Formveränderung der Spermatiden, Fehlen der Spermatozoen. Beim weiblichen Diabetiker zeigt sich Dysmenorrhoe, frühzeitige Menopause, Sterilität. Im Ovarium ist das Bindegewebe mehr weniger reichlich entwickelt; die gelben Körper sind sklerosiert, die Graafschen Follikel sind verringert oder können ganz fehlen. Da pathologisch-anatomische Befunde nicht in genügend großer Zahl zum Nachweis dafür herangezogen werden können, daß die Laesionen der Geschlechtsdrüsen in der Pathogenese des sexuellen Symptomenkomplexes beim Diabetiker eine wesentliche Rolle spielen, zog der Autor Tierversuche heran. Er fütterte Kaninchen mit Traubenzucker in solchen Mengen, daß der Harn zuckerhaltig wurde. Er fand Degeneration der interstitiellen Drüse; der Zucker scheint also auf die Genitalorgane eine ganz besonders schädliche, elektive Wirkung auszuüben. Der ganze Sexualapparat ist in seiner Entwicklung gehemmt. Dr. Mayer-Simmern.

Ueber den Prolaps der weiblichen Urethralschleimhaut in bezug auf Vergewaltigung bei Kindern. Von Prof. Dr. Lor. Borri-Florenz. Archivio di Antropologia criminale, Psichiatria etc.; 1911, Heft 4/5.

Der gerichtsärztlich von Verf. zu begutachtende Fall, der den Anlaß zu diesen Ausführungen gab, war folgender: Ein 8jähriges Mädchen wurde mit Blutunterlaufungen und Abschürfungen in der Gegend der Vulva zum Arzt gebracht. Durch Ausfragen erfuhr man, daß etwa 14 Tage zuvor ein erwachsener Mann den Beischlaf mit dem Kinde ausgeführt haben sollte. Bei späteren Untersuchungen wurde ärztlicherseits festgestellt, daß die kleinen Schamlippen geschwollen, gerötet und blutunterlaufen waren, auch aus der Schamspalte eitriges Sekret ausfloß. Später stellte ein anderer Arzt fest, daß zwischen den kleinen Labien ein kleiner Tumor vom Aussehen einer Himbeere hervorragte; dieser wurde bei einer genaueren Untersuchung als ein Vorfall der Urethralschleimhaut erkannt; gleichzeitig waren zahlreiche punktförmige Hämorrhagien, die sich bis zur hinteren Wand der Scheide in der Umgegend der Hymen ausdehnten, und eine kleine Narbe am Rande des Orificium urethrale zu bemerken. Nach diesen Befunde und der erhobenen Anamnese wurde angenommen, daß es sich um einen gewalttätigen geschlechtlichen Akt in Form des Coitus vestibularis handle.

Verf. vertrat als Sachverständiger vor dem Schwurgericht einen entgegengesetzten Standpunkt, worauf auch Freisprechung des Angeklagten erfolgte. Er hatte im wesentlichen folgende Bedenken gegen die Annahme eines vollzogenen Coitus zu erheben: 1. Das Erhaltenbleiben des Hymen und das Fehlen irgendwie erheblicherer Verletzungen des Vestibulums sprachen gegen eine Gewaltätigkeit im Sinne der Anklage; 2. Die Tatsache, daß erst längere Zeit nach dem angeblichen Attentat (1 1/2 Monat später) der Prolaps festgestellt wurde, sprach ebenfalls mehr für ein spontanes Entstehen durch einen Krankheitsprozeß als für die traumatische Entstehung infolge eines Notzuchtsattentates.

Ueber die Entstehung des Prolapses der Urethralschleimhaut infolge krankhafter Prozesse (allgemeinen Konstitutionsanomalien, besondere Atonie, Kraftanstrengungen bei der Defäkation u. a. m.) verbreitet sich Verf. ausführlicher. Auch macht er darauf aufmerksam, daß man in derartigen Fällen die kindlichen Aussagen mit großer Vorsicht zu bewerten habe.

Dr. Solbrig-Königsberg.

Zur gerichtsärztlichen Beurteilung des Konzeptionstermins nach dem Entwickelungsgrade des Kindes. Von Prof. Dr. Franqué-Gießen Medizinische Klinik; 1911, Nr. 9.

Verfasser berichtet über einen Fall, wo bei ganz normaler Dauer und Verlauf der Schwangerschaft und völlig gesunder Frau ein Kind geboren wurde, daß nur 1770 g wog, 46 cm lang war und einen Kopfumfang von 31 cm hatte. Im übrigen machte es jedoch nicht den Eindruck eines zu früh geborenen

Kindes; denn die sonstigen Zeichen der Reife waren vorhanden. Franqué zieht hieraus den Schluß, daß bei der Frage, ob das Kind ausgetragen sei, die Länge und das Gewicht nicht so wichtig seien, als die übrigen Reifezeichen, die sich nicht zahlenmäßig bestimmen lassen, wie z. B. das Verhalten des Kindes bei der Geburt, die Lebensäußerungen usw. Rpd. jun.

Ueber einen Fall von Fremdkörper in den tieferen Luftwegen mit spontaner Ausstoßung desselben nach 1¹/₄ Jahr. Von Dr. Ritter-Bad Salzbrunn. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 35.

Eine Frau verschluckte am 6. Mai 1909 ein Knochenstück; sofort starke Atemnot. Nach heftigen Hustenstößen löste sich das Stück, setzte sich aber gleich anderswo fest; trotzdem war die Atmung freier, so daß die Frau annahm, das Knochenstück sei in die Speiseröhre geraten. Fünf Tage später konsultierte sie wegen starken Hustenreizes einen Arzt, der Bronchitis feststellte; die von ihm getroffenen Verordnungen brachten aber ebensowenig Besserung, als eine spätere Badekur. Der starke Hustenreiz hielt an; in der Folgezeit traten wiederholt fieberhafte Bronchialkatarrhe auf, der Allgemeinzustand der Frau verschlechterte sich, Abmagerung um 11 Pfund. Im Juli 1910 ging sie auch nach Salzbrunn; hier sollte eine Durchleuchtung vorgenommen werden, als am 27. Juli plötzlich sehr heftige Hustenstöße einsetzten, die den Fremdkörper, ein kleines Knochenstück, ans Tageslicht beförderten. Von dem Moment an fühlte die Frau sich besser und genas. Rpd. jun.

Ueber einige Fälle seltener Mißbildungen. Von Dr. Strauß-Mannheim. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 38.

1. Ein normal entwickeltes Kind gesunder Eltern, das ständig nach einigen Zügen die genossene Milch wieder herauswürgte. Die Untersuchung mit der Sonde ergab Verschluß der Speiseröhre; 8 cm vom Lippenrande entfernt stieß die Sonde auf ein undurchdringliches Hindernis; trotzdem hatte sich Meconium in normaler Menge entleert. Erst nach 9 Tagen erfolgte Exitus an Inanition. Die Sektion ergab, daß der Oesophagus nach 4 cm Länge blind endigte und durch einen etwa 2 cm langen, soliden, etwa bindfadendicken Strang von seiner unteren Hälfte abgetrennt war; an seiner Vorderseite fand sich außerdem eine federkieldicke Kommunikation mit der Trachea.

2. Ein gesunder Junge von normalen Eltern hatte auf dem Dorsum Glans penis eine Fistel; die später erfolgte Operation ergab, daß die Fistel in einen mit Schleimhaut ausgekleideten, parallel zur Harnröhre auf dem Dorsum penis bis etwa zur Symphyse verlaufenden Gang führte, der bei der Exstirpation abriß. Der Junge hatte regelmäßig aus der anomalen Harnröhrenöffnung Urin gelassen; die Fistel hatte jedoch stets genäßt.

3. Ein gesundes und gut entwickeltes Kind, 7 Monate alt, zeigte ein doppeltes Paar Kiemengangfisteln, je 2 und 2 symmetrisch zu beiden Seiten des Kopfes; das eine Paar am inneren Rand vom Sternocleido, etwa fingerbreit über dem Schlüsselbein, das andere Paar an beiden Ohren. Hier hatte auch die Mutter genau die gleichen Fistelöffnungen.

4. Bei einem 2³/₄ jährigen Junge aus völlig gesunder Familie, der einen ganz gesunden, wenn auch zarten Eindruck machte, fand sich bei der Untersuchung das Herz völlig nach rechts verlagert, dazu ein angeborener Herzfehler. Weiter lag die Leber links, die Milz rechts, wie sich durch Röntgenaufnahme deutlich feststellen ließ. Rpd. jun.

Makroskopische und mikroskopische Befunde bei einigen Exhumierungen. Von Prof. Dr. L. Tomellini-Genua. Archivio di Antropologia criminale, Psichiatria usw.; 1911, Heft 4/5.

Zum Beweise dafür, daß Exhumierungen auch nach längerer Zeit nach dem Tode häufiger wertvolle Obduktionsergebnisse zu Tage fördern, führt Verf. 5 Beobachtungen aus seiner gerichtsärztlichen Tätigkeit an. Die Ausgrabungen waren 1 bis 4 Monat nach erfolgtem Tod vorgenommen, in einigen Fällen in der wärmsten Jahreszeit. Trotzdem war sowohl makroskopisch, als mikroskopisch in den meisten Fällen ein Befund zu erheben, der sichere Schlüsse auf die Todesursache ziehen ließ. Einmal handelte es sich um eine puerperale Infektion; es gelang hier nach einem Monat noch im Uterus Plazentareste, in

den Brustdrüsen Colostrum und in den Venen der unteren Gliedmaßen die Erscheinungen der Thrombophlebitis nachzuweisen. In den anderen Fällen waren ebenfalls mehr oder weniger deutlich die Veränderungen, die den Tod herbeigeführt hatten, zu erkennen. Im besonderen war entgegen den sonstigen Ansichten zu bemerken, daß der Darm vielfach das am besten erhaltene Organ war. In zwei Fällen war übrigens die Adipocire-Bildung im Entstehen vorhanden. Dr. Solbrig-Königsberg.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Ein Beitrag zur Frage der Lokalisation der Sprachzentren im Gehirn. Von Dr. E. Borchers, Assistenzarzt der chirurg. Abteilung der Stadtkrankenhauses Altona. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 50.

Verfasser verbreitet sich zunächst über den Begriff der „Aphasie“ bezw. der „notorischen“ und „sensorischen“ Aphasie, sowie der „Anarthrie“, bespricht die Zentralstätten für die innere und äußere Sprache und die Herderscheinungen bei Zerstörung dieser Zentren, berichtet dann über eine Schädelschußverletzung mit dem typischen Bilde einer kortikalen notorischen Aphasie bei einem 24jährigen Steinschläger unter Mitteilung der Krankengeschichte und resumiert in folgender Weise: „Wir haben hier eine der wenigen bekannten Fälle von durch Trepanation geheilter motorischer Aphasie vor uns; es entstand durch eine linksseitige, die Gehirnsubstanz selbst nicht zerstörende, Schußverletzung ein subdurales Hämatom, das die Gegend der dritten Stirnwindung und einen Teil der Zentralwindungen so komprimierte, daß völliger Ausfall der in diesen Rindengebieten zentralisierten Funktionen eintrat, und bei dem durch eine operativ erreichte Druckentlastung dieser Zentren ein bald nachher zu konstatierender Rückgang der Erscheinungen sich bemerkbar machte.“
Dr. Waibel-Kempten.

Motorische Aphasie infolge eines embolischen Erweichungsherdes in der vorderen Sprachregion (dritte linke Frontalwindung). Von Dr. Hagelstam. Zwangslose Beiträge zur pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie; Bd. 51.

Der 18jährige Patient erkrankte mit Schüttelfrost, Fieber und allgemeinen Erscheinungen und verlor am achten Krankheitstage plötzlich das Sprachvermögen (konnte auf alle Fragen nur mit „ja“ antworten), während in Armen und Beinen die Beweglichkeit vollständig erhalten blieb. Bei der Autopsie fand sich ein kleiner weißgelber Embolus im Hauptstamm der Arteria fossae Sylvii und ihrer beiden vorderen Aeste sowie dementsprechend ein größerer den hinteren Teil des linken Orbitallappens, die dritte Frontalwindung und den anschließenden Teil der vorderen Zentralwindung betreffender Erweichungsherd in frischem Zustand. Prof. H. Merkel-Erlangen.

Ueber einen Fall epileptischer Sprachstörung. Von Dr. Th. Heller-Grienzing (Wien). Zeitschrift für die Erforschung des jugendlichen Schwachsinns; Bd. V, H. 2.

Bei einen Knaben, der seit seinem 3. Jahre an Epilepsie leidet, tritt, bevor krampfartige Erscheinungen bemerkbar werden, hochgradiger Rededrang ein. Nach dem Anfall beginnt ein zusammenhangloses Lallen, aus dem bald einige verständliche Wörter hervortauchen. Das Tempo wird langsamer; schließlich verstummt der Junge. Die Intelligenz ist herabgesetzt.
Dr. Wolf-Witzenhausen.

Rückenmarksanomalien bei Paralytikern. Von Dr. Chr. Sibelius. Zwangslose Beiträge zur pathologischen Anatomie und allgemeineu Pathologie; Bd. 51.

Nachdem von mehreren Autoren, Sträußler, Trapet, Roudoni etc.) für die juvenile Paralyse bereits Hemmungsbildungen nachgewiesen wurden und auch Naecke — makroskopisch wenigstens — in den Gehirnanomalien erwachsener Paralytiker relativ häufig Hemmungsmißbildungen gesehen hatte, sucht Sibelius in einer großen Untersuchungsreihe von 24 Paralytikern und 15 normalen Vergleichsfällen den Nachweis zu erbringen, daß sich im

Paralytiker-Rückenmark auffallend häufige Variationen, Anomalien, Heterotopieen der grauen Sustanz im Hinterstrang etc. vorfinden, viel häufiger wie in den untersuchten normalen Fällen. Dieses Verhalten spricht nach S. für das Vorhandensein irgend einer endogenen Disposition bei den werdenden Paralytikern, nicht als direkte Disposition des Rückenmarks für die betr. Erkrankung, sondern in dem Sinne einer allgemeinen Disposition des Organismus für Paralyse. Prof. H. Merkel-Erlangen.

Ueber die Definition der Hysterie. Von Prof. Dr. Dubois-Bern. Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte; 1911.

Da D. die Suggestibilität, Affektivität, geistige Minderwertigkeit, Psychasthenie nicht als der Hysterie allein eigentümlich ansieht, definiert er die Hysterie wie folgt: Als hysterisch bezeichne ich mannigfaltige funktionelle Störungen, die unter dem Einfluß wirklicher oder suggerierter Gemütsbewegungen entstehen, persistieren und sich erneuern, selbst wenn die ursächlichen Momente nicht mehr gegenwärtig sind. Ich schreibe diese charakteristische Fixation den postemotionellen somatischen Störungen dieser Fähigkeit zu, den aus den Affekten entspringenden Empfindungen den Stempel der Realität aufzudrücken, was ich unter der Bezeichnung Sinnlichkeit oder sinnliche Impressionabilität zusammenfasse. Dr. Wilke-Genthin.

Neurasthenischer Dämmerzustand. Von Prof. Dr. Straßmann-Berlin. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; Nr. 24.

Verfasser schildert den Fall eines 34 Jahre alten, berufslosen Kaufmannes, der im Juni 1911, nachmittags 4 Uhr beim Spaziergange in dem z. Zt. sehr besuchten Tiergarten auf eine Schauspielerin ein Sittlichkeitsdelikt auszuüben versuchte. Er stürzte sich, von geschlechtlicher Begierde plötzlich ergriffen, auf das 26jährige Mädchen, so daß es zu Boden fiel, warf sich auf dasselbe und griff mehrmals in die Nähe der Geschlechtsteile desselben. Nur durch heftige Gegenwehr und Schreien konnte sich die Angegriffene befreien. Der Mann ließ dann von ihr ab und ging ruhig seines Weges weiter.

Nach eingehender Schilderung der Anamnese und des objektiven Befundes beim Untersuchten kommt Str. zu dem Schlusse, daß der Täter im Dämmerzustande gehandelt habe. Er begründet diese Diagnose damit, daß der Untersuchte im Anschlusse an eine schwere syphilitische Infektion neurasthenisch geworden sei. Hierzu sei als akute Schädlichkeit für Entwicklung des Dämmerzustandes eine mehrtägige Inanition getreten. Str. glaubt berechtigt zu sein, den Fall als „neurasthenischen Dämmerzustand ohne Fragezeichen" benennen zu können. Dr. Dörschlag-Strelno.

Psychologie des Trinkers. Von Dr. Schenk-Berlin. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; Nr. 24.

Verfasser hat bei den Darstellungen der psychiatrischen Autoritäten, wie Bleuler und Kraepelin, den Eindruck empfangen, als seien die 3 Eigenschaften: Impulsivität, geistige Ataxie, geistige Desequilibration ausschließliche Eigentümlichkeiten der Psyche des Trinkers.

Demgegenüber steht Sch. auf dem Standpunkte, daß der Alkohol keine neue Eigenschaften schafft, sondern vorhandene Anlagen in den aktiven Zustand versetzt oder besondere Charaktereigenschaften verstärkt, vergrößert.

Die 3 genannten Eigenschaften finden sich auch ohne Vorhandensein von Alkoholismus bei geistig Minderwertigen, während ein gewalttätiger Charakter unter Alkoholwirkung in der Richtung seiner ursprünglichen Eigenschaften weiter entwickelt wird.

Im Gegensatz zu Kraepelin, der einen normalen und pathologischen Rauschzustand unterscheidet, nimmt Verfasser an, daß bei geistig abnormen Menschen oder unter abnormen Umständen durch übermäßigen Alkoholgenuß ein „abnormer" Rausch entstehen könne; „pathologischer" Rausch sei ein Unding, da der Rausch an sich etwas Pathologisches ist.

Dr. Dörschlag-Strelno.

Simulation von Geisteskrankheit. Von Geh. San.-Rat Dr. Peretti-Düsseldorf. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 35.

Die Simulation von Geisteskrankheit ist bedeutend seltsamer, als allgemein angenommen wird. Das absichtliche zielbewußte Vortäuschen einer Geisteskrankheit ist eben zu schwer, um häufiger geübt zu werden. Der gesunde Mensch hat meistens gewiß die notwendige Willenskraft dazu und sieht das Unmögliche auch ein; die Simulation kommt daher fast ausschließlich bei Degenerierten und geistig abnormen Individuen vor; der Nachweis von Simulation psychischer Störungen ist nicht gleichbedeutend mit dem Bestehen geistiger Gesundheit. Die meisten Versuche der Simulation werden gemacht, um sich einer Strafe zu entziehen. „Wer einen der Simulation von Geistesstörung Verdächtigen zu begutachten hat, muß über die notwendigen Sachkenntnisse verfügen, muß ausreichende Zeit zur Beobachtung haben und muß vor allem mit vollkommenster Objektivität an die Untersuchung herantreten, ohne Voreingenommenheit und ohne seinen Stolz in der Entlarvung eines Simulanten zu erblicken. Ebensowenig wie wir Verteidiger sind, sollen wir uns die Rolle des Staatsanwaltes oder des Richters anmaßen. Wir sind nichts anderes und wollen auch nichts anderes sein als Vertreter unserer Wissenschaft."

Rpd. jun.

Frühsymptom der Dementia praecox. Von Dr. Rittershaus-Hamburg; Zeitschrift für die Erforschung des jugendlichen Schwachsinns; B. V, H. 3—5.

Bei der Dementia praecox findet man überraschend häufig Frühsymptome, die eine verblüffende Aehnlichkeit mit den Symptomen des nervösen psychopathischen Kindes aufweisen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Zur Psychologie der Aussage bei der Dementia praecox. Von Vera Eppelbaum. Aus der psychiatrischen Klinik der Universität Zürich. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 68. Band, 6. Heft.

Die Verfasserin hat den Versuch gemacht, die Aussage bei der Dementia präcox zu prüfen. Bemerkenswert war die Tatsache, daß das Aussageobjekt als solches durchweg in den Aussagen fast ganz zum Ausdruck gelangte. Das Gedächtnis als solches blieb also ungestört; es funktionierte sogar manchmal viel besser als wie bei Gesunden. Die Versuchspersonen, jeglicher neuen Eindrücke beraubt, ein monotones, stereotypes Dasein führend, halten sich bei jeder neuen Vorstellung mehr auf und geben sich mit ihr in der ihnen eigentümlichen Art mehr ab. Jeder empfangene Eindruck kann daher in ihrem Gedächtnis viel tiefere Spuren zurücklassen als bei Gesunden, deren Eindrücke und Vorstellungen beständig wechseln. Von Interesse ist weiter die Tatsache, daß bei den Gesunden, graphisch ausgedrückt, die Distanz zwischen dem Komplex und dem Bewußtsein eine viel größere ist, als bei der Dementia praecox.

Dr. Többen-Münster.

Ein eigenartiger Fall von falscher Selbstbezichtigung. Von Med.-Rat Dr. Leppmann-Berlin. Aerztliche Sachverständigen-Ztg.; Nr. 22.

Verfasser wurde im Jahre 1906 durch ein Vorstandsmitglied des Hilfsvereins für entlassene Strafgefangene zur Untersuchung des Geisteszustandes eines dieser Schützlinge ersucht, der sich vor Jahren der Unterschlagung und Urkundenvernichtung bezichtigt hatte und auf Grund seines Geständnisses verurteilt worden war. Nach Verbüßung der Strafe erhielt er eine Stelle bei dem genannten Verein und erwies sich in dieser als fleißiger Arbeiter; jedoch klagte und jammerte er fortwährend, er habe seiner Zeit keine Straftat begangen, sondern sich im Zustande geistiger Umnachtung selbst bezichtigt, er wolle seine Ehe wieder hergestellt haben.

Bei einem erneuten Beweisverfahren wurden dem Verfasser folgende Fragen zur gutachtlichen Aeußerung vorgelegt:

1. Ob der Verurteilte bei Begehung der Tat, falls er sie überhaupt begangen habe, in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit (§ 51 des Str.-G.-B.) sich befunden habe.

2. Ob anzunehmen sei, daß er die Tat überhaupt nicht begangen habe,

sondern daß er auf Grund von Zwangsvorstellungen sich selbst zu Unrecht bezichtigt habe.

L. gelangte nach eingehender Begründung zur Bejahung der Frage 1 und beantwortete Frage 2 dahin, daß die Möglichkeit nicht auszuschließen sei, daß X die Tat überhaupt nicht begangen, sondern daß er infolge von Zwangsvorstellungen sich selbst zu Unrecht bezichtigt habe.

In der Hauptverhandlung gab der Sachverständige sein Gutachten dahin ab, daß der Angeschuldigte z. Z. seiner Selbstbezichtigung geisteskrank war, und daß ihm, falls er damals oder kurz vor den Selbstbeschuldigen Urkundenvernichtungen vorgenommen haben sollte, auch für diese der Schutz des § 51 zuzubilligen sei.

X. wurde daraufhin freigesprochen. Dr. Dörschlag-Strelno.

Zur psychiatrischen Beurteilung sexueller Delikte. Von Prof. Dr. Raecke in Frankfurt a. M. Archiv für Psychiatrie; 49. Band, 1. Heft.

Bei der Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit hat man gegenüber den Perversitäten nicht anders zu verfahren als hinsichtlich beliebig anderer Verfehlungen. Man muß prinzipiell daran festhalten, daß es nicht auf die Art der einzelnen Tat, sondern auf die Gesamtpersönlichkeit des Täters in letzter Linie ankommt. Es wäre grundfalsch, zu behaupten, daß diese oder jene Handlung nur bei Geistesgestörten sich fände. Geht man von dieser Auffassung aus, dann erscheint die alte Einteilung in Fetischisten, Sadisten und Masochisten zwecklos. Es kommt dann lediglich darauf an, nachzuweisen, ob eine Psychose, eine vorübergehende Bewußtseinstrübung vorlag oder eine weitgehende Beeinträchtigung der freien Willensbestimmung durch intellektuelle Defekte, affektive Störungen oder Zwangsantriebe stattgefunden hat. Namentlich bei der Entscheidung, ob Zwangsvorgänge in Frage stehen, wird die Untersuchung und Beurteilung des erhobenen Befundes oft genug außerordentlich schwierig sein. Man darf sich dann nie verleiten lassen, den streng wissenschaftlichen Boden zu verlassen und populären Strömungen nachzugeben, die bedenklich an die berüchtigte Monomanielehre heranstreifen. Es muß vielmehr — wie Siemerling eindringlich es fordert —, jeder einzelne Fall für sich untersucht und darauf hin geprüft werden, ob geistige Erkrankung vorhanden war oder nicht. Es gibt an sich keine Perversität oder Perversion, die ausreicht, aus ihr allein schon einen geistig abnormen Zustand abzuleiten. Dr. Többen-Münster.

Die Wassermannsche Probe als Hilfsmittel der forensisch-psychiatrischen Beurteilung; Schwachsinn; sexuelle Delikte. Von Dr. Placzek-Berlin. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 17.

Ein 16 jähriger Tischlerlehrling, der wegen sexueller Delikte angeklagt war, sollte auf seinen Geisteszustand untersucht werden. Der Vater war Tabiker, die Mutter hatte mehrer Feehlgeburten gehabt; der Junge selbst soll in der Jugend an Geschwüren gelitten haben. In der Schule war er anfangs gut, nachher ließ er sehr nach. Die Umstände der strafbaren Tat deuteten darauf hin, daß es sich um einen geistig nicht ganz normalen Menschen handelte. Die Prüfung der Intelligenz hatte auch ein sehr schlechtes Resultat. Verfasser ließ nun die Wassermannsche Reaktion machen, die stark positiv ausfiel. Sein Schlußgutachten lautete:

1. Der Angeklagte leidet an Erbsyphilis, die zur Zeit der Geschlechtsreife einen Rückgang der geistigen Fähigkeiten bewirkt hat.

2. Ein Zustand von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 des Str.-G.-B. liegt nicht vor.

8. Die zur Erkenntnis der Strafbarkeit erforderliche Einsicht ist so mangelhaft vorhanden, daß sie keineswegs ausreicht, um das Triebleben zu zügeln.

Es erfolgte Freispruch. Leider ist nicht angegeben, was weiter mit dem Jungen geschah, ob er, mit diesem Freibrief ausgestattet, wieder auf die Menschheit losgelassen oder ob er unschädlich gemacht wurde, was allerdings bei der Fassung des Schlußgutachtens durch Entmündigung kaum möglich sein dürfte.

Ohne an der Berechtigung des ganzen Gutachtens zweifeln zu wollen, steigen dem Ref. bei einzelnen Behauptungen Bedenken auf, so z. B. wenn es als

auffallend bezeichnet wird, daß der 16jährige Junge keinen Anflug von Bart hat. Das wird wohl bei den wenigsten in diesem Alter vorhanden sein.

Rpd. jun.

Beitrag zur Frage des ursächlichen Zusammenhanges der Syphilis mit der Idiotie. Von Dr. Kröber-Rheydt. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 32.

Verfasser hat bei 262 männlichen Idioten die Wassermannsche Reaktion gemacht; in 21,4% war sie positiv. Die Anamnese ergab in bezug auf Lues der Eltern nichts; nur bei 3 Zöglingen konnten charakterische Stigmata der Erbsyphilis festgestellt werden. Daß bei den Untersuchten die Lues als die einzige Ursache der Idiotie anzusehen ist, scheint Verfasser sehr fraglich. Wenn das der Fall wäre, so müßten Idioten mit positiven Wassermann gemeinschaftliche charakteristische Zeichen aufweisen, wie sie beispielsweise dem Kretinismus, der amaurotischen, der mongoloiden Idiotie und der juvenilen Paralyse eigen sind. Derartige Charakteristika waren aber nicht festzustellen, so daß die Lues wohl kaum als die alleinige Ursache der Idiotie betrachtet werden kann.

Rpd. jun.

Ueber Idiotie und Syphilis. Von Dr. Brückner und Dr. Clemenz-Hamburg. Zeitschrift für die Erforschung des jugendlichen Schwachsinns; Bd. V, H. 3—5.

Wegen der oft ergebnislosen Anamnese, wegen der oft spärlichen und unklaren klinischen Symptome und wegen des aus unbekannten Gründen oft vorübergehenden oder dauernden Verschwindens der Wassermannschen Reaktion im Blut können einigermaßen brauchbare Zahlen über die Häufigkeit der Syphilis bei Schwachsinnigen nur gewonnen werden durch möglichst frühzeitige und oft wiederholte Anstellung der Wassermannschen Reaktion des Blutes in jedem einzelnen Falle von Schwachsinn.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Erbliche Belastung und Dienstanweisung. Von Dr. Placzek-Berlin. Zeitschrift für Bahnärzte; 1911, Nr. 12.

1. Anamnestisch sichergestellte psycho- oder neuropathische Belastung ist in erster Linie zu sondern, ob es sich um ererbte oder erworbene Erkrankung handelt.

2. Erheblich kann die erbliche Belastung nur genannt werden, wenn sie bei den Eltern als konvergierende oder in der direkten Aszendenz, bei Eltern, Großeltern, Urgroßeltern etc. als kumulierende erscheint. Erheblich sind auch die mannigfachen, auf Erbdegeneration beruhenden familiären Nervenerkrankungen, weil sie oft mit fatalistischer Gleichförmigkeit, auch unter Ueberspringung einer Generation, z. B. durch ganz gesunde Mütter, wieder auf die Enkel übertragen werden. Immerhin ist auch hier noch in jedem Falle streng zu prüfen, ob es sich um erworbene oder ererbte Krankheiten handelt; vor allem ist nicht jede Anomalie oder gar Abweichung vom Durchschnittstyp wie Talent oder Genie gleichzeitig mit geistiger Störung zu bewerten.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Mesalliancen vor dem Forum des Psychiaters. Von Oberarzt Dr. F. Moerchen. Sexualprobleme; 1912, Nr. 1.

Nach der Erfahrung sind es in erster Linie die progressive Paralyse und der Altersschwachsinn, die zu Mesalliancen der von ihnen Betroffenen führen. Uebrigens sind es nicht nur Altersschwachsinnige männlichen Geschlechts, bei denen wir solches erleben; auch Mesalliancen seitens geschwächter Frauen kommen vor, wenn auch erheblich seltener. Eine weitere geistige Störung, die gelegentlich zu unüberlegtem Heiraten und damit zu einer Mesalliance führen kann, ist das „manisch-depressive Irresein“.

Vor allem sind es ferner die Zustände von „moral insanity“, „degenerativer Psychopathie“, auch eines Teiles des sogen. Entartungsirreseins, die schon häufig zu Mesalliancen führten. Und zwar sind Mesalliancen um so häufiger bei den weniger äußerlich erkennbaren Defektzuständen der eben geschilderten Art, bei denen wir weniger von einem angeborenen Schwachsinn, als von einem

Verharren auf einer kindlichen Entwickelungsstufe der Gesamtpersönlichkeit zu reden haben. Es liegt auf der Hand, mit welchem interessanten, aber auch schwierigen Gebiet der gerichtlichen Medizin wir es hier zu tun haben. Die rechtlichen Folgen können ja nach dem Stand und den Verhältnissen des Kranken ganz gewaltig sein, besonders auch, wenn es bereits zur Erzeugung von Nachkommenschaft gekommen ist. Glücklicherweise ist dies nicht allzu häufig der Fall und zwar aus Gründen, die zum größten Teil in der Eigenart dieser Krankheitsfälle liegen (hohes Alter, Syphilis, Alkoholismus, degenerative Sterilität usw.).

Solchen Mesalliancen vorzubeugen, ist eine wichtige Aufgabe der Hausärzte und besonders der Psychiater, sobald sie zu Rat gezogen werden.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ergebnis der psychisch-neurologischen Untersuchung der Fürsorgeanstalten bei Stettin. Von Chefarzt Dr. Schnitzer bei Stettin. Zeitschrift für die Erforschung des jugendlichen Schwachsinns; 5. Bd., 2. H.

Der Verfasser betont, daß ein Bestand von über 60 Prozent abnormer Zöglinge eine dauernde psychiatris he Mitarbeit nicht nur in vollstem Maße rechtfertigt, sondern sogar gebieterisch fordert, selbst wenn man annehmen wollte, daß diese Zahl sich durch Ueberweisung eines Teiles der krankhaften Zöglinge an geeignete Anstalten etwas reduzieren lassen könnte. Die statistischen Tabellen geben wichtige Nachweise über die Art und den Grad der erblichen Belastung, die dadurch noch wertvoller werden, daß sie eine Vergleichsstatistik über die Belastung geistig Gesunder und geistig Abnormer bringen. Hier und da sind mannigfache Störungen vorhanden, die einen neurologischen Charakter tragen und eine geeignete Berücksichtigung durch dem spezialistisch ausgebildeten Arzt notwendig erscheinen lassen. Es kann bei einer solchen Arbeit aber nicht ausbleiben, daß Wünsche auftauchen, die auch ausgesprochen werden müssen, um die Aufmerksamkeit auf gewisse Mängel hinzulenken. Ein solcher Mangel ist die Vermischung der geistig Gesunden mit den krankkaften Elementen. Deshalb erfordern die psychisch abnormen Zöglinge eine vollständige Trennung von den normalen; dies kann aber nur durch Errichtung einer Sonderabteilung erzielt werden. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Welchen besonderen Schutz gewähren das Strafgesetzbuch und der Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch den Jugendlichen. Von Dr. Göring-Merzig. Zeitschrift für die Erforschung des jugendlichen Schwachsinns; Bd. 5, H. 2.

Man sieht aus der Abhandlung, daß das Strafgesetzbuch und der Vorentwurf den Jugendlichen einen weitgehenden Schutz, besonders auf sexuellem Gebiet, angedeihen läßt. Mancher wird hie und da eine Lücke finden, so würde es z. B. nützlich sein, wenn man das Verabreichen von alkoholischen Getränken an Minderjährige unter 14 Jahren unter Strafe stellen würde. Da die Kommission, die den Vorentwurf zum Entwurf umarbeiten soll, erst im April d. Js. zusammengetreten ist und für ihre Arbeit etwa 2 Jahre vorgesehen sind, ist gerade jetzt der rechte Zeitpunkt gekommen, auf solche Lücken hinzuweisen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

C. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Die traumatischen Psychosen (und Neurosen) mit besonderer Berücksichtigung der Unfallgesetzgebung. Von Med.-Rat Dr. Leppmann-Berlin. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1911, Nr. 22.

Zunächst geht Verfasser auf die gesetzlichen Unterlagen ein. Der § 224 der R.-St.-G. enthält insofern etwas Unrechtes, als er bei Körperverletzungen mit folgender Geisteskrankheit die Strafe nicht nach dem verbrecherischen Willen des Täters, sondern nach dem Erfolge abmißt. Für unrichtig in sachverständiger Hinsicht muß es gelten, wenn auch einzelne Phasen einer bereits bestehenden Krankheit in diesen Paragraphen hineinbezogen werden. Hinsichtlich der Bestimmungen des Zivilrechtes wird etwas eingehender die Entschädigungspflicht auf Grund von Privatverträgen besprochen, da das neue Statut der Versicherungen mehrere interessante Punkte aufweist, so wird z. B. der Schaden, der durch bloße seelische Einwirkung erzeugt ist, nicht als Unfall im privat-

rechtlichen Sinne angesehen. Wenn diese Bestimmung unter Umständen etwas recht sinnwidriges haben kann, so ist es dagegen gerecht, daß derjenige Schaden, der in überwiegender Weise durch andere Ursachen als durch die Beschädigung selbst erzeugt wird, mit soviel abgegolten werden soll, als prozentual auf die Beschädigung fällt. Bei Nervenkrankheiten werden immer nur 50% der festgesetzten Entschädigung wirklich entschädigt, dies wohl in Hinsicht auf die traumatische Neurose.

L. unterscheidet dann 3 Komponenten der Beschädigung, die krankmachend wirken: 1. Eine äußere mechanische Schädigung, die das Gesamthirn treffen muß, die aber durchaus nicht immer die fulminanten und typischen Erscheinungen einer Gehirnerschütterung im Gefolge zu haben braucht; L. bedient sich in solchen Fällen des Ausdrucks „Kopferschütterung". 2. Die seelische Wirkung des Unfallereignisses (Schreck). 3. Die sekundären Wirkungen der Beschädigung, d. h. alles, was hinterher folgt (soziale Wirkungen, Sorge, Unmut etc.).

Was nun zunächst die traumatischen Psychosen betrifft, so zerfallen diese in primäre und sekundäre. Der größte Teil der primären traumatischen Geistesstörungen ist vorübergehender Natur und vielgestaltig in seiner Art. Es gibt keine Krankheit, der man ansehen könne, daß sie durch nichts anderes als eine äußere Körperbeschädigung entstanden sein kann. Am sichersten kennzeichnet sich noch die prim. traum. Demenz. Wichtig für die Abgeltung und die Praxis ist auch das Auftreten von Dämmerzuständen, die man früher als hysterisch anzusprechen versuchte, die aber bei Personen auftraten, die nicht die Spur von Hysterie zeigen.

Wesentlich wichtiger sind die sekundären Störungen, die sich erst allmählich nach dem Unfall entwickeln. Hüten muß man sich hier, allzusehr den neuen Theorien von den aus lediglich endogenen Ursachen entstehenden Psychosen zu folgen; denn nach Verfasser kann sehr wohl z. B. auch eine Dementia praecox infolge Unfall auftreten, ebenso kann die veranlassende Ursache einer Paralyse neben der Giftwirkung nie Trauma sein. Der zeitliche Zusammenhang zwischen Paralyse und Unfallereignis muß sich allerdings durch ein neurasthenisch-hypochondrisches oder ein ähnliches Zwischenstadium dokumentieren. Bedauerlich ist, daß die Erzeugung einer seelischen Minderwertigkeit (psychopathische Persönlichkeit) nicht als entschädigungspflichtig faßbar ist.

Was nun die Entstehung einer traumatischen Neurose betrifft, so muß als Grundzug des Krankheitsbildes die seelische Unlust, der Kleinmut, das Schwächegefühl, die Unruhe angesprochen werden, wobei für die Beurteilung nicht die Einzelerscheinung, sondern nur das gesamte seelische und körperliche Bild maßgebend sein darf. Dieses entwickelt sich erst zu der Zeit, wo der Betreffende wieder den Kampf ums Dasein aufnehmen muß. L. steht dabei der Behauptung von den sogenannten Begehrungsvorstellungen, die nach Ansicht vieler das Leitmotiv zur traumatischen Neurose bilden, etwas zurückhaltend gegenüber; denn wir leben eben in einer nervösen Zeit, wo der einzelne seelisch stabiler ist. Sicher ist jedenfalls, daß die Krankheit unterhalten und vergrößert wird durch den Kampf, der dem Verletzten um sein Recht aufgenötigt wird.

Mit einigen Ausführungen wird dann noch auf Abgeltung und Umfang der Entschädigung eingegangen. Dr. Pachnio-Stralsund.

Eine Schädelverletzung. Von Geh. San.-Rat Dr. Harmsen-Lüneburg. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 38.

Ein Brett aus Tannenholz war aus 70 Fuß Höhe einem Arbeiter auf den Kopf gefallen und hatte ihn mit einer Ecke des unteren Endes an die linke vordere Schläfengegend getroffen. Im Krankenhause fand sich an der linken Schädelseite eine 2 cm weit klaffende, 12 cm lange Wunde, aus der ein etwa 2 cm breiter, harter Gegenstand hervorragte, der sich als ein Stück Holz herausstellte. Die weitere Untersuchung ergab, daß sich an dem darunter liegenden Schädel ein breiter Spalt gebildet hatte, in dem ein trapezförmiges Stück des Knochens von 4 cm Breite und 8 cm Länge herausgebrochen und wie ein Dachfenster nach vorn geöffnet war. In dieser Spaltöffnung saß das Stück Holz, das 10½ lang, bis 3 cm breit und bis ¾ cm dick war, fest eingekeilt. Merk-

würdigerweise waren aber weder die Dura, die Meningealgefäße, noch das Gehirn verletzt. Der Splitter konnte ohne irgendwelche Komplikationen herausgezogen werden. Die nächsten Tage zeigte der Patient noch leichte Lähmungserscheinungen; besonders der Sprache. Es eiterten zwar in der Folgezeit noch vereinzelte kleine Knochenstücke und ein Stück Holz heraus, aber nach 3/4 Jahren war Patient wieder völlig ohne irgendwelche Folgeerscheinungen geheilt. Der vom Verfasser hier geschilderte Unfall ist schon 1885, also weit vor dem Inkrafttreten des Unfallversicherungsgesetzes eingetreten, sonst wäre wohl eine so glatte Heilung ohne Rentenanspruch kaum zustande gekommen; jedenfalls würde ein solcher Anspruch sicher erhoben sein. Rpd. jun.

Ein Fall von Spondylolisthesis traumatica. Von Rudolf Selig. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen; 1911, Nr. 12.

Ein Arbeiter verunglückte in einem Steinbruch dadurch, daß er ausglitt und rückwärts abstürzte. Er zog sich schwere Verletzungen der Wirbelsäule zu, die eine starke Lordose der Wirbelsäule in der ganzen Lendenwirbelsäule und im unteren Brustteil zur Folge hatten. Es trat Steifigkeit der ganzen Wirbelsäule ein. Patient kann keinen schweren Gegenstand in gebückter Stellung halten oder vom Boden aufheben. Es wurde festgestellt, daß es sich um eine Verrenkung der Wirbelsäule gegen das Kreuzbein handelt. Erst erhielt Patient 80%, später 66 2/3% Rente. Zu bemerken ist hierbei noch, daß nie Nervenstörungen nachweisbar waren und die Blase stets intakt blieb.

Dr. R. Thomalla-Altena-Lüdenscheid.

Ein Fall von Quetschungslungenentzündung. Von Dr. Alfred Baeskow-Wülfrath i. Rhld. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen; 1911, Nr. 10.

Einem Steinbrecher war ein Stein auf die Brust gefallen, wobei er selbst hinterüber zu Boden fiel und 10 Minuten liegen blieb. Am anderen Tage meldete er sich krank; er kam in ein Krankenhaus, wo schon in den nächsten Tagen Lungenentzündung konstatiert wurde. Verfasser, der die Ansichten vieler Autoren über traumatische Lungenentzündung in dieser anregenden Arbeit ausführlich anführt, kommt in seinem Gutachten zu der Ansicht, daß die Lungenentzündung in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfalle stehe, daß aber eine Entschädigungspflicht deshalb nicht vorliege, weil keine Erwerbsbeschränkung nach erfolgter Genesung des Patienten zurückgeblieben sei. Dieser Ansicht schlossen sich die anderen Gutachter an.

Dr. R. Thomalla-Altena-Lüdenscheid.

Unfall und Herzerkrankung. Von Prof. Dr. Sachs-Breslau. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; Nr. 22, 23 und 24.

Unter dem großen Material von Verletzten, das der Breslauer Heilanstalt zuströmt, finden sich nur ganz wenig Fälle, bei denen der Zusammenhang zwischen einem Unfall und einer Erkrankung des Herzens in Frage kam.

Nach Schilderung der verschiedenen Unfall-Mechanismen, die als geeignet angesehen werden, Herzerkrankungen hervorzurufen, wendet sich Verfasser zu den Fällen der letzten Jahre, bei denen ein Zusammenhang zwischen Unfall und Herzleiden für wahrscheinlich angenommen wurde. Es sind dies nur 4 an der Zahl; in den anderen, ebenfalls eingehend gezeichneten Fällen mußte der Zusamenhang des Herzleidens mit einem Unfalle abgelehnt werden, bezw. konnte allenfalls Verschlimmerung eines bereits bestehenden Herzleidens durch einen Unfall als möglich angesehen werden.

Schlußfolgerung: Menschen selbst mit schweren Herzfehlern können viele Jahre hindurch ohne besondere Beschwerden körperliche Arbeiten verrichten.

Herzerkrankungen nach Unfällen sind sehr selten. Für die Beurteilung des Zusammenhangs von Herzerkrankung mit Unfall ist im allgemeinen folgendes zu verlangen.

1. Der Unfall muß erwiesen sein.
2. Der Unfall muß geeignet sein, eine Herzerkrankung herbeizuführen.
3. Die ersten Erscheinungen der Schädigung des Herzens müssen bald, spätestens innerhalb weniger Wochen, auftreten.
4. Es ist der Nachweis zu führen, daß das Herz vor dem Unfall gesund

war. Letzterer Beweis wird nicht in allen Fällen gelingen. Eine genaue Anamnese unter Benutzung aller erreichbaren Hilfsmittel, insbesondere auch der Nachfrage bei der Gestellungsbehörde, den Krankenkassen usw. über die in den letzten Jahren durchgemachten Erkrankungen, wird manche Fälle aufklären.

Dr. Dörschlag-Strelno.

Leukämie und Trauma. Von Dr. Rud. Neumann. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen; 1911, Nr. 11.

Die durch die Blutuntersuchung ermöglichte Feststellung der besonderen Form der Leukämie war ausschlaggebend dafür, daß ein Fall von Leukämie auf einen doppelten linksseitigen Knöchelbruch zurückgeführt werden konnte. Verfasser beschreibt die heute geltenden beiden Formen der Leukämie: 1. die lymphatische und 2. die myelogene. — Darauf gibt er die Vorgeschichte des Unfalles bekannt, den Unfall selbst und die Gutachten der Aerzte. Es folgt genaue Wiedergabe der Untersuchungsresultate bei dem Kranken und besonders seines Blutes, dessen leukämische Veränderungen er durch Abbildungen demonstriert. Verfasser gelangt dann zu dem Endurteil, daß zwischen Unfall und Leukämie ein Zusammenhang besteht, wobei er aber hervorhebt, daß er den Knöchelbruch nur als auslösende Ursache für den schon zur Leukämie veranlagten Körper anzusehen vermag.

Dr. R. Thomalla-Altena-Lüdenscheid.

Gallenblasenkrebs nach Unfall. Gutachten von Prof. C. Thiem-Kottbus. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen; 1911, Nr. 12.

Es handelt sich um ein sachverständiges Gutachten darüber, ob mit Sicherheit oder hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, daß ein Unfall vom März 1909 das tödlich gewordene Krebsleiden bei dem am 16. August 1909 verstorbenen Manne hervorgerufen oder verschlimmert habe, so daß der Tod erheblich früher eingetreten ist, als er ohne den Unfall eingetreten sein würde. Verfasser gibt erst einen Ueberblick über Unfall- und Krankengeschichte, darauf beantwortet er in äußerst interessanter Weise die angeführten Tatsachen und kommt dann zu der Erklärung, daß die Entstehung des Gallenblasenkrebses durch den Schlag eines abgeschleuderten Holzes, das den Verletzten an die Magenwand traf, überwiegend wahrscheinlich ist, soweit ein solches Urteil bei Unterlassung der Leichenöffnung möglich ist.

Dr. R. Thomalla-Altena-Lüdenscheid.

Infiltratio urinae als Unfallfolge begutachtet. Von Dr. Heinrich Pach in Budapest. Monatsschrift für Unfallheilkunde u. Invalidenwesen; 1911, Nr. 9.

Ein Kellereiarbeiter fiel aus der Höhe eines halben Meters auf eine Faßkante; er klagte sofort über Schmerzen, arbeitete aber weiter; am 6. Tage wurde der Arzt gerufen, der akuten Magendarmkatarrh diagnostizierte. Am nächsten Tage stellte er die Diagnose „periréctaler Abszeß". Hodensack und Nebenhoden wurden von der Entzündung ergriffen, mehrere Aerzte zugezogen und die Diagnose auf „krebsigen Prozeß" gestellt. Am 19. Tage starb der Verletzte unter den Symptomen einer Blutvergiftung. Während der behandelnde Arzt dabei stehen blieb, daß die Abszeßbildung nicht als Folgezustand eines Unfalles anzusehen sei, da vor dem Tode von den Angehörigen nichts von dem Unfall gesagt worden sei, kam die Begutachtungsabteilung der Landeskasse in einem sehr interessanten Gutachten zu dem Urteil, daß es sich um Harninfiltration, nicht aber um einen Abszeß gehandelt habe und daß der Tod auf den Unfall zurückzuführen sei. Dr. R. Thomalla-Altena-Lüdenscheid.

Nochmals zur Kasuistik der Frakturen am oberen Humerusende. Von Kreisarzt Dr. Lehmann zu Bernkastel a. M. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen; 1911, Nr. 9.

Einem Holzhändler, der von den durchgehenden Pferden mitgeschleift wurde und mit ausgestrecktem Arm zu Fall kam, ging der leere Wagen von rückwärts über die rechte Schulter. Bei der ersten Konsultation wurde von dem behandelnden Arzt der Armknochen nicht als verletzt bezeichnet und Patient nach 2 Monaten als gesund aus der Behandlung entlassen. Verfasser konnte diese Diagnose nicht bestätigen; er weist in einer interessanten

Abhandlung, zu deren Erläuterung er noch eine Abbildung beigibt, nach, daß er sich um eine Fraktur des Collum anatomicum humeri handelte.

Dr. R. Thomalla-Altena-Lüdenscheid.

Osteomyelitis chronica als Unfallfolge. Von Dr. Ludwig Hoffmann-Stettin. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen; 1911, Nr. 12.

Ein Lehrling war aus einer Höhe von $3^1/_2$ m auf die linke Hüfte gefallen; er hatte heftige Schmerzen, arbeitete aber noch ca. 5 Monate weiter. Erst wurde sein Leiden als Rheumatismus und Hüftgelenksleiden angesehen, später bildete sich ein Knochenauswuchs am Trochanter; es erfolgte Operation, dann Behandlung wegen anscheinender Syphilis, darauf wieder Operation bis man an dem herausgenommenen linken Schenkelhalse eine Stelle fand, die die Vermutung nahe legte, daß an dieser Stelle der Knochen zwar nicht ganz durchbrochen, aber vielleicht doch eingebrochen war. Verfasser kommt nun in seinen interessanten Ausführungen zu dem Urteil, daß es in höchstem Grade wahrscheinlich sei, daß die Knochenverletzung am Schenkelhalse die Veranlassung zur Ansiedelung von Eitererregern an dieser Stelle und somit zur Entstehung der Knochen- und Knochenmarkentzündung gewesen sei.

Dr. R. Thomalla-Altena-Lüdenscheid.

Beiderseitige Ruptur der Kniestrecksehnen. Von Dr. Kroiss-Innsbruck. Prager med. Wochenschrift; 1911, Nr. 45.

Ein 42jähriger Bäckermeister geriet im April 1905 unter einem Wagen. Um nicht überfahren zu werden, legte er sich schnell auf den Rücken und brachte sich dadurch aus dem Bereich der Räder, daß er mit einem plötzlichen Ruck die Beine nach hinten warf. Als der linke Fuß auf den Boden aufschlug, spürte er heftigen Schmerz oberhalb der linken Kniescheibe und konnte in der Folgezeit das linke Bein fast gar nicht gebrauchen. Trotzdem arbeitete er weiter und half sich so durch, bis sein Leiden schlimmer wurde, er häufiger zusammenknickte und heftigere Schmerzen spürte. Januar 1906 ließ er sich in die chirurgische Klinik aufnehmen und wurde operiert. Es fand sich ein vollständiger Querriß durch die ganze Quadrizepssehne, der genäht wurde. Die Heilung ging glatt vor sich; Patient konnte das Bein wieder gebrauchen, schonte es allerdings noch.

Nach 6 Jahren, am 22. Juni 1911, trat derselbe Patient auf dem Heuboden zufällig auf den Deckel des Futterloches, der umkippte. Um ein Durchfallen zu verhüten, warf er sich mit einem Ruck auf die linke Seite und fiel so auf den Heuboden neben das Futterloch; dabei verspürte er einen lebhaften Schmerz über der rechten Kniescheibe. Als er sich aufrichten wollte, stürzte er wieder hin. Er hatte sich die gleiche Verletzung, wie früher links, zugezogen; denn bei seiner Untersuchung in der Klinik fand sich ein vollständiger Querriß der ganzen rechten Quadrizepssehne, der genäht wurde. Die Heilung ging wiederum glatt vonstatten.

Rpd. jun.

Zur Technik der Umfangmessung bei Begutachtungen. Aus dem medikomechanischen Institut Karlsruhe. Von Oberstabsarzt Dr. Hammer. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 51.

Die vergleichenden Messungen beider Extremitäten an entsprechenden Stellen lassen fast immer einen Schluß auf die Gebrauchsfähigkeit des untersuchten Gliedes zu. Je genauer diese Vergleichsmessungen ausgeführt werden und je sicherer die entsprechenden Punkte an den Gliedmaßen festgelegt werden können, um so mehr werden die Ergebnisse der Messungen an Wert gewinnen. Als ein für diesen Zweck besonders geeignetes Bandmaß empfiehlt Verfasser ein bei der Firma Ludwig Dröll in Frankfurt a. M. beziehbares Bandmaß, welches nur 1 cm breit und 75 cm lang ist, wodurch das Herumschlagen um die Extremität sehr erleichtert wird. Da das Bandmaß überdies mit einem kleinen drehbaren Handgriff versehen ist, der von einem beliebigen Punkte einer Extremität zunächst den Abstand nach einem Knochenpunkt (Patellarrand) zu bestimmen und dann unter Drehung des Bandmaßes um 90° — bei festgehaltenen Handgriff — an dieser Stelle den Umfang zu messen gestattet, so gelingt es rasch und genau, vergleichbare Messungen an bestimmten zum Skelett festgelegten Stellen auszuführen.

Dr. Waibel-Kempten.

Ueber den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Heben eines schweren Eisenstücks und dem Durchbruch eines Darmgeschwürs. Obergutachten von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Orth-Berlin. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsaamts; 1911, Nr. 12.

Es sind mir zwei wohl auseinander zu haltende Fragen vorgelegt. Einmal eine allgemeine Frage mit einer Unterfrage: ob der Tod des E. auf das Heben am 23. März 1908 zurückzuführen ist, insbesondere ob der Durchbruch des Darmgeschwürs durch das Heben verursacht worden ist, dann die davon ganz unabhängige Frage: ob anzunehmen ist, daß das Geschwür in Kürze auch ohne dieses Heben durchgebrochen sein und dadurch den Tod des E. herbeigeführt haben würde.

Ueber die erste Fragengruppe kann ich mich kurz fassen, da kein Streit darüber unter den Vorgutachtern besteht und die Verhältnisse derart klar liegen, daß nicht der mindeste Zweifel darüber bestehen kann, daß die körperliche Anstrengung beim Heben geeignet war, einen drohenden Durchbruch eines Magen- oder Darmgeschwürs zu vollenden, und daß im Falle E. nicht nur mit Wahrscheinlichkeit, sondern fast mit Gewißheit anzunehmen ist, daß durch das Heben der Durchbruch des vorhandenen Geschwürs nach der Bauchhöhle und damit der Tod an Bauchfellentzündung bewirkt worden ist.

Auch in bezug auf die zweite Frage besteht nach der letzten Erklärung des Herrn Dr. Sch. eigentlich kein Zwiespalt mehr unter den Gutachtern, aber da Herr Geh. Med.-Rat Prof. H., mit dessen Gutachten ich im wesentlichen übereinstimme, nicht genauer auf diese Frage eingegangen ist, und angesichts des übrigen Akteninhalts muß ich doch diese Frage etwas näher behandeln.

Es können Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre von der hier vorliegenden Art, sogenannte runde Geschwüre, unter Narbenbildung heilen; sie können die ganze Magen- oder Darmwand zerstören, ohne, zunächst wenigstens, eine schwere Bauchfellentzündung zu erzeugen, entweder weil die Geschwüre an einer Stelle sitzen, wo nicht Bauchfell den Teil überzieht, sondern andere Gewebe anstoßen, oder weil der Bauchfellüberzug mit anderen Teilen verwachsen ist, so daß das Geschwür nur in die Verwachsungen oder in die anstoßenden Gewebsteile, nicht in die offene Bauchhöhle gelangt. Es gibt endlich Geschwüre, welche, wenn sie gegen eine nicht verwachsene Bauchfelloberfläche vordringen, in die Bauchhöhle durchbrechen und eine schnell tödliche Bauchfellentzündung erzeugen. Zu den schnell in die Tiefe dringenden und deshalb bei geeigneter Lagerung für Erzeugung einer Durchbruchsbauchfellentzündung besonders geeigneten Geschwüren gehören die ausgeprägt kraterförmigen. Hier lag ein solches vor, es lag an einer Stelle, wo es auf Bauchfell treffen mußte, es war keine Verwachsung dieser Stelle eingetreten, darum mußte der Durchbruch in die Bauchhöhle mit seinen tödlichen Folgen eintreten.

Es fragt sich zunächst, ob das Geschwür noch hätte heilen können oder ob noch durch Eintritt einer Verwachsung ein Abschluß der Bauchhöhle hätte erwartet werden können. Am Geschwüre selbst und am Bauchfelle waren keinerlei Zeichen, sei es von beginnender Vernarbung, sei es von beginnender Verwachsung des Bauchfells vorhanden; es fehlte also jede Handhabe für die Annahme, daß in absehbarer Zeit solche Vorgänge eingetreten wären, insbesondere da diese Zeit nur noch eine sehr kurz bemessene sein konnte.

Das letztere ergibt sich aus der Beschaffenheit der Durchbruchsöffnung. Wenn noch einigermaßen haltbares Gewebe vorhanden gewesen wäre, welches durch eine ungewöhnliche Gewalteinwirkung zum Zerreißen gebracht worden wäre, so hätte ein spaltförmiger, von mehr oder weniger zackigen, fetzigen Rändern umgebender Riß vorhanden sein müssen, — hier aber war eine runde, wie mit dem Locheisen ausgeschlagene Oeffnung. Solche sind uns Pathologen wohl bekannt; sie treten dann auf, wenn nur noch ein morsches, abgestorbenes und erweichtes Gewebe die Magen- oder Darmhöhle von der Bauchhöhle trennt. Weil also hier eine solche Oeffnung vorhanden war, ist zu schließen, daß nicht ein noch widerstandsfähiges Gewebe, das nur durch eine ungewöhnliche Gewalteinwirkung hätte zerrissen werden können, sondern nur eine in größerem Umfang (etwa 8 mm) völlig widerstandslose Gewebsmasse den Geschwürsboden bildete, die bei der geringsten Gewalteinwirkung zu Brei zerfloß und sofort eine große runde Oeffnung zurückließ. Die Zeit des Durchbruchs dieses Geschwürs in die Bauchhöhle war gekommen, und es hätte nicht des Hebens bedurft, um das Ereignis eintreten zu lassen.

Ich kann also zu der zweiten Frage nur erklären: Mit höchster Wahrscheinlichkeit würde das Geschwür in Kürze auch ohne dieses Heben in die Bauchhöhle durchgebrochen sein und dadurch den Tod des E. herbeigeführt haben.

Auf Grund des vorstehenden Obergutachtens hat das Reichs-Versicherungsamt die Ueberzeugung erlangt, daß die Betriebsarbeit am 23. März 1908 nicht wesentlich zur Herbeiführung des Durchbruchs des Darmgeschwürs mitgewirkt hat und demgemäß mittels Rekursurteils vom 3. April 1909 unter Aufhebung des Schiedsgerichtsurteils den ablehnenden Bescheid der Beklagten wiederhergestellt.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen einer Lungenembolie und einem 15 Tage vorher erlittenen Unterschenkelbruche. Obergutachten von Prof. Dr. Ledderhose-Straßburg i. E. Amtliche Nachrichten des Reichs-Versicherungsamts; 1911, Nr. 12.

... Wenn ein 58jähriger Mann, 15 Tage nachdem er einen Schienbeinbruch durch direkte Gewalt erlitten hat, plötzlich unter Atembeschwerden stirbt, so drängt sich die Vermutung auf, daß eine sogenannte Lungenembolie den Tod herbeigeführt hat. Dabei handelt es sich darum, daß ein Blutgerinnsel aus einer verstopften Blutader durch den Blutkreislauf in das Herz und von da in die Lunge verschleppt wird. Je nachdem ein kleineres oder größeres Gebiet der Lungenschlagader durch das Gerinnsel verlegt wird, entstehen leichte oder ernste und unter Umständen sofort tödliche krankhafte Erscheinungen.

Bei jedem Knochenbruch entstehen Gerinnungen in den verletzten Blutadern, besonders jedoch in den so häufig, zumal im vorgerückten Alter, erweiterten Blutadern des Unterschenkels infolge von Unterschenkelbrüchen. Ausgedehnte derartige Verstopfungen sind deshalb sehr gefürchtet, weil sie erfahrungsgemäß zuweilen zu sehr gefährlichen Lungenembolien Veranlassung geben. Bruns hat 53 Fälle zusammengestellt, bei denen das Vorhandensein ausgedehnter Gefäßverstopfungen im Verlaufe von Knochenbrüchen teils durch die klinische Untersuchung, teils durch die Sektion festgestellt worden ist. 32 von diesen Fällen betrafen Brüche des Unterschenkels. Derselbe Autor hat 35 Fälle von Embolie nach Knochenbruch gesammelt, von denen 30 tödlich endeten und 23 durch die Leichenöffnung bestätigt wurden; 24 Fälle betrafen Brüche des Unterschenkels. Der Zeitpunkt des plötzlichen Eintritts der Embolie schwankte zwischen dem 4. und 72. Tage nach der Verletzung. Der Tod erfolgte gewöhnlich unter den ausgesprochenen Erscheinungen der Erstickung. Die ursächliche Venenverstopfung betrifft am Unterschenkel ausschließlich die tiefgelegenen Adern; die Diagnose ist am Lebenden oft nicht mit voller Sicherheit zu stellen, zumal wenn das Bein von einem Gipsverband umgeben ist.

Wenn die Angabe der Frau T. in ihrer Eingabe an das Schiedsgericht vom 12. Dezember 1908 richtig ist, daß das Bein ihres Mannes zwei Tage vor dem Tode anfing zu schwellen, und daß dieser über einen sehr heftigen, nicht zu ertragenden Druck innerhalb des Gipsverbandes klagte, so könnten diese Erscheinungen zwanglos als Anzeichen einer eingetretenen Venenverstopfung gedeutet werden. Auch die Angabe des Dr. W., daß der Sohn des T. am 18. April berichtete, der Vater habe es schwer auf der Brust, läßt sich mit der Annahme einer später erfolgten tödlichen Lungenembolie vereinigen, da solchen Ereignissen nicht selten kleine Attacken vorausgehen, bei denen zunächst kleine Gerinnsel, ohne dauernden Schaden zu bringen, in die Lunge verschleppt werden.

Noch eine zweite Möglichkeit der Erklärung für den plötzlich eingetretenen Tod des T. kommt m. E. in Betracht. Dr. W. gibt in seinem ersten Gutachten an, daß T. unregelmäßig Herztätigkeit hatte, was der Arzt dem vielen Rauchen zuschrieb. Es könnte sich um eine Erkrankung des Herzens gehandelt haben, die zu plötzlicher Herzlähmung geführt hätte. Auch die beiderseitige leichte Bronchitis ließe sich unter Umständen als Anzeichen einer Herzerkrankung (Stauung) deuten.

Aber auch die Annahme eines plötzlichen Todes auf Grund bestehender Herzerkrankung müßte nach meiner Auffassung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den erlittenen Knochenbruch zurückgeführt werden. Ist es doch allgemein bekannt, daß Herzkranke, die aus ihren gewohnten Lebensbedingungen durch einen ernsten Unfall, wie einen Beinbruch, herausgerissen und zu Bett-

ruhe genötigt werden, zu sogenannten Kompensationsstörungen sehr geneigt sind, d. h. daß ein vorher ohne äußere Anzeichen oder mit nur geringen Störungen verlaufenes Herzleiden unter den veränderten äußeren Bedingungen ernste und unter Umständen tödliche Erscheinungen macht. Der Tod kann zwar bei solchen Kranken ganz plötzlich unvermutet eintreten, meist entwickeln sich jedoch die krankhaften Anzeichen allmählich und steigern sich mehr und mehr.

Wenn ein 58jähriger Mann, der schwere Waldarbeit ohne nachgewiesene Behinderung ausgeführt hat, einen Beinbruch erleidet, und wenn nach 15 Tagen infolge von Herzlähmung auf dem Boden eines älteren Herzleidens plötzlich der Tod erfolgt, so würde ich stets den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Tod für überwiegend wahrscheinlich erklären.

Im Falle T. gebe ich jedoch der Annahme einer tödlichen Lungenembolie infolge von Venenverstopfung an dem gebrochenen Unterschenkel entschieden den Vorzug und beantworte dementsprechend die mir zur Begutachtung vorgelegte Frage mit ja.

Das Reichs-Versicherungsamt hat sich diesem Obergutachten unbedenklich angeschlossen und durch Rekursentscheidung vom 7. Januar 1910 den Hinterbliebenen des T. die gesetzliche Entschädigung zu gewähren.

D. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Wochenbettfieber und Wochenbetthygiene.

Verhütung des Kindbettfiebers. Von Dr. Gauß-Freiburg i. Br. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 40 u. 41.

Das Kindbettfieber ist eine der Erkrankungen, die jedes Jahr in Deutschland eine große Anzahl (3000) Frauen hinrafft, von denen der größte Teil am Leben bleiben könnte, wenn die Prophylaxe bei der Geburt überall so wäre wie sie sein sollte. Verfasser gibt einen genauen Ueberblick über die an der Freiburger Klinik geübte Prophylaxe, die sehr gute Erfolge erzielt hat. Vor der Geburt eine Dusche, wobei die Schwangere sich selbst abwischt. Ein Vollbad wird nicht für zweckmäßig gehalten, da die Möglichkeit der Infektion immer vorliegt. Abseifung der Vulva und Kürzung der Haare. Während der Geburt eine innerliche Untersuchung nur dann, wenn dringende Gründe eine solche gebieterisch fordern; denn die äußere Untersuchung richtig ausgeführt bietet genug Handhaben, um sich über den Fortgang und den Stand der Geburt zu orientieren. Reichen die äußeren Untersuchungtmethoden nicht aus, so soll die rektale Digitaluntersuchung vorgenommen werden. Ueber die meisten Sachen, Stellung des Kopfes, Weite des Muttermundes, Stand der Blase usw. kann man sich vom Rektum aus sehr gut orientieren. Welchen nachteiligen Einfluß die vaginale Untersuchung hat, zeigt Verfasser an der Hand von Zahlen. In der Freiburger Klinik erkrankten von den Nichttouchierten 3,2 %, von den Touchierten 13,3 %. Daß es ohne Vaginaluntersuchung geht, zeigt wieder das Material der Freiburger Klinik, wo 94,9 % der Spontangeburten nicht touchiert wurden. Weiter ist es notwendig, die geburtshülflichen Operationen möglichst einzuschränken. Nach der Geburt sollen die Wöchnerinnen kräftig genährt werden und möglichst früh aufstehen, damit es zu keiner Stauung der Lochien kommen kann. Je früher die Frauen aufstanden, desto besser war das Resultat. Am günstigsten verlief das Wochenbett bei den Frauen, die nicht vaginal untersucht waren und sehr früh aufstanden.

Die Forderung des Frühaufstehens möchte Referent, bevor das Gegenteil erwiesen ist, nicht für unbedenklich halten. Ob nicht derartige Frauen, zumal wenn sie häufiger geboren haben, leichter zu einem Prolapsus uteri neigen, wird sich erst nach einer Reihe von Jahren sagen lassen, wenn Beobachtungen darüber vorliegen. Rpd. jun.

Zur Frage der Wundinfektion. Von Prof Dr, W. Zangemeister in Marburg a. L. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 1.

Bis vor kurzem standen die Geburtshelfer auf dem Standpunkt, daß die meisten, wenn nicht alle puerperalen Infektionen dadurch hervorgerufen werden, daß während der Geburt Eitererreger in den Geburtskanal eingeschleppt werden.

Verfasser hat nun durch ausgedehnte bakteriologische Untersuchungen

an Schwangeren, Kreißenden und Wöchnerinnen im Laufe der letzten Jahre den Beweis erbringen können, daß in der Tat ein hoher Prozentsatz der trotz strenger Asepsis vorkommenden puerperalen Infektionen ihre Entstehung der Anwesenheit gewisser Keime in der Vagina der Schwangeren und Kreißenden verdankt.

Wir müssen deshalb heute unterscheiden zwischen puerperalen Infektionen durch endogene und ektogene Keime, d. h. durch solche, die in der Vagina präexistent sind, und solche, die während der Geburt oder kurz zuvor in die Genitalien eingeschleppt sind.

Was die Infektiosität dieser beiden Gruppen von Keimen betrifft, so sind die endogenen Keime viel häufiger harmlos als die ektogenen, obwohl gelegentlich auch unter jenen hochvirulente Formen vorkommen.

Anderseits sind durchaus nicht alle von außen eingeführten Keime hochinfektiös. Im allgemeinen läßt sich jedoch annehmen, daß die Infektionen, welche durch ektogene Keime bedingt werden, meist viel schlimmer verlaufen, als diejenigen durch endogene. Um zu ermitteln, woher die infektiösen Keime eingeschleppt werden, prüfte Verfasser in erster Linie die Desinfektionsfrage der Hände noch einmal nach und stellte fest, daß in der Tat nach jeder Desinfektion sich noch Keime von den Händen abschaben lassen, aber 1. sind diese Keime durch Abwischen, wie es bei der inneren Untersuchung Kreißender praktisch in Betracht kommt, nicht von den Händen herunterzubekommen, 2. vermögen einzelne Keime, um die es sich dabei nur handeln kann (sofern sie nicht ausnahmsweise hochvirulent sind), keine Infektion zu bedingen und 3. (die Hauptsache) sind die allenfalls von der desinfizierten Hand noch abnehmbaren Keime nicht identisch mit denen, die wir als Infektionserreger bei den meisten puerperalen Infektionen finden.

Streptokokken lassen sich von der auch nur oberflächlich desinfizierten Hand fast nie abimpfen.

Verfasser hat Versuche gemacht durch kurz dauerndes Abreiben der Hände mit Alkohol, Benzin, Aether usw. die Hände zu desinfizieren. Es zeigte sich dabei, daß die Flora infektiöser Keime von der Hand sofort verschwand soweit man die durch einfaches Abreiben derselben zu entnehmenden Keime im Auge behält.

Ferner untersuchte Verfasser seinerzeit an der Königsberger Klinik alle in Betracht kommenden Gegenstände, Räume und Personen bakteriologisch auf die für puerperale Infektionen hauptsächlich oder lediglich in Betracht kommenden Streptokokken und konnte dabei feststellen, daß man die zur Infektion führenden Streptokokken weniger an den dem menschlichen Körper fern liegenden, sogenannten schmutzigen Gegenstände zu suchen hat, als vielmehr am Menschen selbst und seiner unmittelbaren Umgebung (also im Munde, in der Vagina, im Rectum, an Haut und Händen, besonders an den Händen von Aerzten und Hebammen, dann an der Bettwäsche, an Betten, Untersuchungsstühlen usw.).

Besonders wies die Umgebung von Streptokokkenkranken oft Streptokokkennester von ungeahnter Reichhaltigkeit auf. Die Versuche wiesen auch darauf hin, daß man nicht durch noch höher gesteigerte Asepsis, die sich auf die außen liegenden Gegenstände konzentriert, der immer noch auftretenden puerperalen Infektion Herr werden konnte, daß vielmehr am Ort der Erkrankung selbst, also in der Scheide, nach Infektionserregern gesucht werden mußte.

Diese Untersuchungsbefunde haben auch gezeigt, daß viele im täglichen Leben auftretende Wund-Infektionen nicht der Verbreitung der Kokken an allen möglichen Gegenständen, sondern dem Umstand zuzuschreiben sind, daß sich infektiöse Keime auf der menschlichen Haut befunden hatten und von hier nur eingeimpft zu werden brauchten. Unter großen Anzahl von untersuchten Gegenständen (Messern, Gabel, Scheren, Nägeln, Nadeln usw.) fanden sich Streptokokken nur ein einziges Mal (an einem Bleistift).

Die Untersuchung der aus Krankenräumen, Laboratorien, Wochenbetträumen, septischer Station, patholog. Institut stammenden Fliegen ergab verhältnismäßig selten Streptokokken bei ihnen, etwas häufiger Staphylokokken. Verfasser hält die Infektionsgefahr durch Insekten nicht für sehr groß.

Weitere Ueberlegungen legten nahe, daß die Form infizierter Wunden für die Entstehung einer Wundinfektion nicht ohne Bedeutung sei; es

ergab sich in der Tat aus entsprechenden Untersuchungen, daß im allgemeinen die Wunde um so schwerer zu infizieren war, je weniger tief sie war und je breiter sie an sich offen blieb. Weitere Versuche ergaben dann, daß der alleinige Kontakt frischer Wunden, selbst mit hochvirulenten Streptokokken durchaus nicht immer genügt, um eine Infektion hervorzurufen; es muß vielmehr noch ein Inokulationsmoment hinzukommen, d. h. es muß den Kokken Gelegenheit gegeben werden, tief in das Gewebe hinein zu gelangen. Viele Verletzungen durch Riß oder Stich werden demnach deshalb zur Infektion führen, weil damit eine Inokulation vorhandener Keime verbunden ist und nicht, weil die verletzenden Gegenstände infektiöses Material an sich hatten.

Diese Anschauungen finden auch bei der Beobachtung puerperaler Infektionen eine Stütze. Wir wissen, daß mit Gummihandschuhen innerlich untersuchte Frauen eher infiziert werden als nicht untersuchte, und wir können deshalb behaupten, daß die größere Häufigkeit von puerperalen Infektionen bei Kreißenden, die mit desinfizierter Hand (ohne Gummihandschuhe) untersucht wurden, gegenüber nicht untersuchten deswegen auftritt, weil hier der untersuchende Finger die infektiösen Vaginalkeime inokuliert.

Wir müssen deshalb für die Entstehung von Wundinfektionen eine Reihe von Faktoren verantwortlich machen und zwar:

1. Infektiöse Keime, die wir keineswegs immer von außen neu einführen, sondern die gelegentlich schon am Ort der Operation vorhanden sind.

2. Frische Wunden, vor allem solche Wunden, welche bei geringer Oberfläche eine gewisse Tiefe haben.

3. Solche Vorgänge, welche die Einpflanzung vorhandener Keime in die Tiefe von Wunden mit sich bringen, begünstigen.

Diese Inokulation kommt zweifellos gelegentlich auch ohne unser Zutun zustande, vor allem durch die Stauung infektiöser Sekrete etc. Viele Infektionen aber verdanken ihren Ursprung einer Sekretstauung, wie sie künstlich durch Metreuryse, kombinierte Wendung, Scheidentamponade hervorgerufen wird.

Aus diesen Betrachtungen ergibt sich für die Prophylaxe der Wundinfektionen, speziell des Kindbettfiebers, daß mir nicht nur das Einbringen von Infektionskeimen aus notorischen Infektionsherden und den Händen verhüten müssen, sondern daß auch die Hautkeime und die sog. endogenen Keime der Scheide, des Darmkanals usw. gefährliche Feinde sein können; ferner, daß wir nächst der Vermeidung frischer Wunden vornehmlich darauf bedacht sein müssen, vorhandene Infektionskeime nicht zu inokulieren, d. h. sie nicht in enge, buchtige, tiefe Wunden zu bringen.

Dr. Waibel-Kempten.

---

1. Klinische und poliklinische Erfahrungen mit Pitruitin (Hypophysenextrakt) als wehenanregendem und wehenverstärkendem Mittel. Von Dr. H. Fries, Assistenzarzt der k. Universitäts-Frauen-Klinik Greifswald. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 46.

2. Geburtshilfliche Erfahrungen mit Pitruitin. Von Dr. Emil Vogt, Assistenzarzt der Kgl. Frauenklinik in Dresden. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 51.

1. Fries kann auf Grund seiner zahlreichen Versuche das Pitruitin als wehenerregendes und wehenverstärkendes Mittel sehr empfehlen. Es wird seiner Ungefährlichkeit und prompten Wirkung wegen zweifllos die Einschränkung von absolut nicht gleichgültigen geburtshilflichen Maßnahmen veranlassen, durch die man bisher die Wehenschwäche zu bekämpfen gesucht hat. Auch wird dem Ausführen von Luxuszangen eine gewisse Schranke gesetzt und damit die Zahl der geburtshilflichen Verletzungen und Infektionen weiterhin nicht unerheblich vermindert werden.

2. Vogt berichtet über die Erfahrungen der Dresdener Frauenklinik mit Pitruitin an der Hand von über 100 Fällen und kommt zu folgenden Schlußfolgerungen:

„Nach unseren Erfahrungen an einem reichhaltigen Materiale, die in vollem Einklang stehen mit den klinisch-experimentellen Beobachtungen E. Kehrers, steht wohl der allgemeinen Anwendung des Pitruitins in der

geburtshilflichen Praxis nichts mehr im Wege. Das Pitruitin wirkt prompt und sicher in der Austreibungsperiode. Es dient zur Beschleunigung normaler Geburten und, wie schon E. Kehrer hervorgehoben hat, zur Bekämpfung oder Beseitigung der sekundären Wehenschwäche, auch bei engem Becken. Die beste Wirkung entfaltet es in der Austreibungsperiode. Aber auch in der Eröffnungsperiode ist es wirksam, wenn auch nicht konstant. Ob es in gleicher Weise, wie auf den schwangeren Uterus, auch nach Ausstoßung der Plazenta wirkt, wagen wir noch nicht zu entscheiden. Nach unseren Erfahrungen stellt das Pitruitin das idealste Wehemittel dar, das wir bis heute besitzen."

Dr. Waibel-Kempten.

---

2. Blenorrhoe der Neugeborenen.

Die Erblindungsgefahr infolge von Augenentzündung der Neugeborenen. Von Prof. Dr. Best-Dresden. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 29.

Verfasser hat in den einzelnen statistischen Veröffentlichungen nachgeforscht, ob die Vorbengungsmaßregeln gegen die Augenentzündung der Neugeborenen, wie sie eine Verminderung der Erkrankungen hervorgerufen, auch eine Verminderung der Erblindungsziffer im Gefolge gehabt haben. Er kommt dabei zu folgendem Resultat:

Nicht nur die Erkrankungsgefahr an Blennorrhoe ist seit Credé erheblich heruntergegangen — von 8,9 °/₀ von 1881 auf zurzeit 0,40 °/₀ der Geburten in Anstalten und wahrscheinlich noch weniger unter der allgemeinen Bevölkerung —, sondern auch die Zahl der Erblindungen durch Blennorrhoe der Neugeborenen gesunken, wenn auch nicht in gleichem Maße wie die der Erkrankungen. Von den Zöglingen der Blindenanstalten waren 1911 nur 13 °/₀ gegen früher 30 °/₀ infolge von Blennorrhoe erblindet. Aber auch jetzt noch spielt die Blennorrhoe, abgesehen von den angeborenen Bildungsfehlern des Auges, die Hauptrolle unter den Ursachen der jugendlichen Erblindung, größer als die Skrophulose (Tuberkulose), die am nächsten steht und verschiedene Infektionskrankheiten des Kindesalters oder Verletzungen. Das bedeutet eine ernste Mahnung, in den hygienischen Bestrebungen zur Bekämpfung der Augenentzündung der Neugeborenen nicht nachzulassen. Die Gefahr doppelseitiger Erblindung ist nach Ausbruch der Blennorrhoe auf 1—2 °/₀ der Erkrankungen zu schätzen.

Rpd. jnn.

Beobachtung aus der Praxis bei der prophylaktischen Einträufelung in die Augen Neugeborener. Von Dr. Frommholz-Nürnberg. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 40.

Verfasser hat beobachtet, daß die Hebammen wohl den guten Willen haben, die Höllensteinlösung in die Augen der Neugeborenen zu träufeln, daß es ihnen vielfach aber nicht gelingt, weil die Technik bei den schlüpfrigen Augenlidern und der Unruhe der Neugeborenen gar nicht einfach ist. Er schlägt daher vor, daß der Arzt, wenn er zugegen ist, die Einträufelung immer selbst vornehmen soll. Die Hebammen sollen angewiesen werden, die Augenlider nie mit der bloßen Hand, sondern mit Hilfe von sterilem Verbandstoff das Läppchen herunterzuziehen. Eventuell sollen sie sich von dritten Personen helfen lassen.

Rpd. jun.

---

3. Rückfallfieber.

Hämatologische Studien bei Febris recurrens. Von A. Tournade. Aus dem bakteriologischen Laboratorium des Landungskorps von Casablanca. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXI, 1911, Nr. 36.

Bei der Malaria und bei der Febris recurrens handelt es sich um Protozoenkrankheiten, die mancherlei Aehnlichkeiten bieten. Die Fieberanfälle sind oft weniger leicht zu unterscheiden, als die klassischen Beschreibungen vermuten lassen; bei beiden Krankheiten finden sich Milz und Leberschwellung, und beide sind oft durch Ikterus kompliziert. Da gibt nun eine Untersuchung des Blutes wertvolle diagnostische Aufschlüsse. Die in Casablanca vom Mai bis November 1909 an 15 Rückfallfieberfällen ausgeführten Untersuchungen ergaben, daß in den Anfällen bei dieser Krankheit die Zahl der Leukozyten auf 12—16000, selbst bis auf 28—30000 steigt, daß im Intervall die Zahl zwar sinkt, daß aber das Fortdauern der Leukozytose das Wiederauftreten des

Fiebers prognostizieren läßt. Es handelt sich bei der Vermehrung der weißen Blutkörperchen wesentlich um eine solche der polynukleären Zellen; ein Umstand, der um so bedeutsamer ist, als sie gegenüber den anderen Protozoenkrankheiten eine Ausnahme darstellt. Die roten Blutkörperchen vermehren sich scheinbar; in Wirklichkeit bedingen die sehr reichlichen kritischen Schweiße am Schlusse der Fieberanfälle eine Eindickung des Blutes. Die Fragilität der roten Blutkörperchen nimmt dann zu, wenn etwa unzweckmäßigerweise Chinin dargereicht wurde; gleichzeitig kann auch Nasenbluten eintreten.

Die genaue Diagnose gibt auch für die Therapie eine Handhabe; scheint doch Chinin das spezifische parasitizide Mittel für den Malariaerreger, das Arsenobenzol dagegen für die Spirillen des Rückfallfiebers zu sein.

Dr. Mayer-Simmern.

Zur Frage über Mittel der Bekämpfung des Typhus recurrens (Anwendung des Salvarsans). Von Th. N. Remesow, leitender Arzt des Basmannaer städt. Krankenhauses in Moskau. Münchener mediz. Wochenschrift; 1911, Nr. 42.

Verfasser teilt seine Beobachtungen über 135 mit Salvarsan behandelte Fälle von Typhus recurrens mit und kommt nach längeren Ausführungen über Krankheitsverlauf und Anwendungsart des Salvarsan zu folgenden Schlußsätzen:

1. Das Salvarsan offenbart ersichtlich bei keiner anderen Krankheit seine spirillentötenden Eigenschaften in so hohem Maße, wie beim Typhus recurrens.

2. Das Salvarsan, dem Rekurrenskranken injiziert, bricht den Anfall ab. Die Wirkung tritt je nach Art und Einführung der therapeutischen Dosis im Verlaufe von 6—48 Stunden ein. In der großen Mehrzahl der Fälle werden Rückfälle nicht beobachtet.

3. Das Salvarsan, subkutan oder intramuskulär eingeführt, verursacht stets eine je nach Art der Einführung größere oder geringere Reizung der Gewebe.

4. Die Methoden von Kromayer und von Täge müssen für die am wenigsten zur Behandlung des Typhus recurrens geeigneten angesehen werden.

5. Die beste Methode der Behandlung des Typhus recurrens ist die intravenöse Applikation des Salvarsans; doch muß diese unter strengster Beobachtung aller Regeln der Aseptik, wie bei der Zubereitung der Lösung, so auch während des Injizierens, ausgeführt werden.

6. Das Salvarsan, in therapeutischen Dosen bei Kranken angewandt, die keine Kontraindikationen für seine Anwendung aufweisen, offenbart keine toxischen Eigenschaften.

7. Der Befund von geringen Mengen Eiweiß im Urin der Rekurrenskranken (eine Wirkung der Infektion auf das Nierenepithel) verhindert die Behandlung der Kranken mit Arsenobenzol nicht.

8. Die Behandlung des Typhus recurrens mit Salvarsan muß den Zemstwo-, den Fabrik- und Stadtärzten große Dienste nicht nur als Heilmittel, sondern auch als prophylaktisches Mittel leisten. Dr. Waibel-Kempten.

Recurrens mit Salvarsan behandelt. Aus dem städt. Alexanderhospital in Kiew. Von Privatdozent N. Svenson in Kiew. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 48.

Bekanntlich sind in Rußland bis in die letzte Zeit hinein große, tausende von Fällen umfassende Rekurrensepidemien in verschiedenen Ortschaften und Städten des Reiches nichts weniger als selten beobachtet worden. Wenn auch die Mortalität keine gr ße ist (2—3 Proz.), so fällt doch neben der sanitären und wirtschaftlichen Schädigung sowohl für die einzelnen Erkrankten, wie für die Gemeinwesen auch der Umstand schwer ins Gewicht, daß der einmal krank gewesene Mensch keine dauernde Immunität erwirbt und im nächsten Jahr wieder der Krankheit zum Opfer fallen kann, wodurch die Dauer der Epidemien im Gegensatz zum Flecktyphus unbegrenzt ist. So kommt es, daß, nachdem sich bereits mehrere Autoren, darunter in erster Linie Hata, von der Wirksamkeit des Salvarsans auf die Rekurrensspirillen überzeugt hatten, auch Verfasser die Gelegenheit einer kleinen im Frühjahr aufgetretenen Epidemie benutzte, um bei 26 Kranken die Wirkung des Salvarsans zu erproben. Von den 26 Patienten waren durch die Salvarsanbehandlung 23 vollständig rezidivfrei und somit endgültig geheilt worden; bei 3 wurden Rückfälle beobachtet.

Verfasser konnte somit die **Erfahrungen** Iversens[1]) vollständig bestätigen, daß wir im Salvarsan ein spezifisch wirkendes Mittel gegen Rekurrens besitzen, das ebenso sicher wirkt wie Chinin bei Malaria und Salizylsäure bei Polyarthritis. Die Einführung einer Salvarsandosis scheint innerhalb 12 Stunden Krankheitserreger vollständig abzutöten; während bei der Syphilistherapie des Salvarsan nicht das Mittel, sondern blos ein Mittel zur Bekämpfung der Krankheit ist, können wir wohl bei der Rekurrens von einer Therapie magna sterilisans im Sinne des Entdeckers in vollem Umfange sprechen. Dr. Waibel-Kempten.

4. Tropenhygiene.

Ueber den Erreger und die Diagnose des Maltafiebers. Von Dr. K. Saisava. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 70, H. 2.

Nach den Untersuchungen des Verfassers ist der Erreger des Maltafiebers ein kurzes Stäbchen; es ist daher die Bezeichnung Bacterium militense derjenigen als Micrococcus militensis vorzuziehen. Die Erreger wachsen auf traubenzuckerhaltigen, schwach alkalischen Nährböden am besten. Gegen Nagetiere besitzen sie eine gewisse Pathogenität, und zwar nimmt die Erkrankung den Verlauf einer akuten Sepsis. Die Erreger werden durch die in gesunden menschlichen und tierischen Seren vorhandenen Normalagglutinine leicht agglutiniert. Diese Normalagglutinine können jedoch durch $^1/_2$ stündiges Erhitzen auf 55° C. unwirksam gemacht werden, während die Immunagglutinine durch diese Behandlung nicht beeinflußt werden. Zu diagnostischen Zwecken ist dahor das Krankenserum vor Anstellung der Agglutinationsprobe $^1/_2$ Stunde auf 55° C. zu erwärmen. Bei Kaninchen und Ziegen können leicht Immunsera mit hohem Agglutinationstiter hergestellt werden. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Besprechungen.

Dr. O. Anselmino, Privatdozent in Greifswald und **Dr. E. Gilg,** a. o. Professor in Berlin: **Kommentar zum Deutschen Arzneibuch.** Berlin 1911. Verlag von Jul. Springer. Zwei Bände zu je 719 und 659 Seiten. Gr. 8°; Preis: 30 Mark.

Ebenso wie bei den früheren Ausgaben des Deutschen Arzneibuches hat sich auch diesmal die bekannte Verlagsbuchhandlung zur Herausgabe eines Kommentars zur fünften, am 1. Januar 1911 in Geltung getretene Ausgabe (1910) des Arzneibuches veranlagt gesehen, der von den beiden obengenannten Verfassern, unter Mitwirkung bewährter Fachmänner: Prof. Dr. Biberfeld und Dr. Dankwortt-Breslau, Prof. Dr. Schulze und Dr. Fromme-Halle a. S., M. Haupt-Greifswald, Dr. M. Pleißner-Dresden, Dr. W. Stüwe-Jena und Dr. O. Wiegand-Leipzig, bearbeitet ist. Als Grundlage für die Bearbeitung hat der in demselben Verlage erschienene Hager-Fischer-Hartmannsche Kommentar zu den früheren Arzneibüchern gedient, der sich mit Recht in den beteiligten Kreisen eine großen Beliebtheit und Verbreitung erfreut hat. Eine solche verdient auch der neue Kommentar in vollstem Maße. Außer vorzüglichen Erläuterungen zu den allgemeinen Bestimmungen des Arzneibuches bringt er im Anschluß an den Text des Arzneibuches eine ausführliche, der Praxis angepaßte und den neuesten Fortschritten der Wissenschaft in jeder Weise Rechnung tragende Besprechung jedes einzelnen Arzneimittels unter Berücksichtigung der Gehalts- und Identitätsbestimmung, seines Vorkommens, seiner Bestandteile, Darstellung, Eigenschaften, Prüfung, Aufbewahrung, Wirkung, sowie seiner therapeutischen und technischen Anwendung. Durch zahlreiche in den Text gebrachte instruktive Abbildungen ist außerdem das Verständnis des Inhaltes wesentlich erleichtert. Am Schluß sind die Anlagen des Arzneibuchs ebenfalls kommentiert wiedergegeben.

Der Kommentar ist selbstverständlich in erster Linie zum Gebrauch für die Apotheker und die pharmazeutisch chemische Industrie bestimmt; er wird sich aber auch Aerzten, Medizinalbeamten, Untersuchungsämtern usw. als zuverlässiges, über alle Fragen Auskunft gebendes Nachschlagebuch erweisen und sei deshalb diesen gleichfalls empfohlen. Rpd.

[1]) Siehe Referent in der Zeitschrift; 1910, Nr. 16, S. 599.

Tagesnachrichten.

Die diesjährigen **Fortbildungskurse für die preußischen Kreisärzte** werden in der Zeit vom 15. April bis 3. Mai und vom 6. bis 24. Mai in Berlin stattfinden.

Königreich Sachsen. Dem Landtage ist der Entwurf eines Gesetzes vorgelegt, das die **Anstaltsfürsorge aller Geisteskranken dem Staate überträgt.** Es sollen danach alle erwachsenen Geisteskranken, die der Behandlung und Pflege in einer Irrenanstalt bedürfen und zu denen auch die gewalttätigen Epileptischen gehören, in die Landesanstalten aufgenommen werden; den Ortsarmenverbänden verbleibt aber ferner die armenrechtliche Fürsorgepflicht gegenüber den hilfsbedürftigen Geisteskranken, der Staat stellt ihnen lediglich seine Irrenanstalten zur Verfügung. Auch alle sog. Selbstzahler aus dem Mittelstande sollen Aufnahme finden, falls die Aufnahme von der Gemeinde beantragt wird. Die Kommunalanstalten werden künftighin nur noch die Geisteskranken zu versorgen haben, deren Zustand keine besondere psychiatrische Behandlung erheischt und für die deshalb die Aufnahme in psychiatrisch geleitete Asyle genügt. Es soll durch das Gesetz eine Zentralisierung der Irrenfürsorge in staatlichen Anstalten erzielt werden, die natürlich eine erhebliche Erweiterung und Vermehrung der jetzigen staatlichen Irrenanstalten notwendig macht. Zu dem Bau dieser Anstalten werden die größeren Städte, die künftighin den Bau und die Unterhaltung eigner Anstalten sparen, einen einmaligen Zuschuß von 5850000 M. gewähren, während die Stadt Leipzig dem Staate ihre Irrenanstalt Doesen unentgeltlich überlassen will. Die Privatanstalten werden auch ferner bestehen bleiben, jedoch lediglich zur Aufnahme von wohlhabenderen Geisteskranken dienen. Das Gesetz ist bereits in der Zweiten Kammer in der Schlußberatung am 8. d. M. mit zwei unwesentlichen Einschaltungen einstimmig angenommen.

Ein weiterer dem Landtage vorgelegter Gesetzentwurf betrifft die **Ablieferung von Leichen zu wissenschaftlichen Zwecken und die Befugnis zu Leichenöffnungen in öffentlichen Kranken- usw. Anstalten.** Danach sollen alle Leichen, die nicht binnen 48 Stunden nach dem Tode oder der Auffindung der Verstorbenen von dessen Angehörigen zum Zwecke der Bestattung auf eigene Kosten in Anspruch genommen werden, zu wissenschaftlichen Zwecken abgeliefert werden, falls ihrer Beförderung keine gesundheitlichen Bedenken entgegenstehen oder sie wegen zu großer Verwesung zu anatomischen Lehrzwecken nicht mehr tauglich erscheinen. In der Regel soll die Ablieferung an das anatomische Institut in Leipzig erfolgen; für gewisse Fälle ist sie aber auch an den militärärztlichen Operationskursus in Dresden, oder an die Kunstakademie daselbst oder an eine andere wissenschaftliche Anstalt zulässig. Leichen von Personen, die in öffentlichen Kranken-, Pflege-, Erziehungs- oder Irrenanstalten verstorben sind, können in diesen Anstalten in der Regel geöffnet und erst danach zur Ablieferung gebracht werden, falls eine Verpflichtung dazu vorliegt.

Sachsen-Weimar. In der letzten Nummer des Regierungsblatts für das Großherzogtum Weimar (1911) ist das Gesetz, betr. die **Bekämpfung übertragbarer Krankheiten,** vom 19. April 1911 (Landesseuchengesetz), nebst Ausführungsanweisung vom 26. Dezember 1911 (Seuchen-Ausführungsverordnung), Anweisungen für die einzelnen Seuchen (Diphtherie, Genickstarre, Kinderlähmung, Kindbettfieber, Körnerkrankheit, Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand, Tollwut und Tuberkulose), Desinfektionsanweisung und Anweisung für Entnahme und Einsendung infektiösen und verdächtigen Materials an das bakteriologische Institut für Therapie in Jena veröffentlicht. Von einem Abdruck dieser Vorschriften in der Beilage der Zeitschrift ist Abstand genommen; das Gesetz stimmt in seinem Wortlaut fast genau überein mit dem für Coburg-Gotha unter dem 19. April 1911 erlassenen, das in der Beilage zu Nr. 9, Jahrg. 1911 der Zeitschrift, S. 103 veröffentlicht ist.

Herzogtum Braunschweig. Dem Landtage ist ein Gesetzentwurf vorgelegt, wonach die **Kosten der Schlußdesinfektionen** bei übertragbaren Krank-

heiten, soweit sie in Reisekosten und Ersatz für Versäumnis und Wartezeit bestehen, aus öffentlichen Mitteln bestritten, den Gemeinden aber die Hälfte davon aus der Staatskasse erstattet werden soll.

Auszeichnungen. Nach einer Mitteilung in Nr. 10 (v. 7. März) des Oesterreichischen Sanitätswesens wird in **Oesterreich** künftighin der Titel **Medizinalrat** und **Obermedizinalrat** als besondere Form der Allerhöchsten Anerkennung für ersprießliches Wirken in Ausübung des ärztlichen Berufes an verdienstvolle Angehörige des ärztlichen Standes ohne Unterschied, ob beamtet oder nicht beamtet, zur Verleihung gelangen.

Tagesordnung für die X. internationale Konferenz gegen die Tuberkulose, die vom 10. bis 12. April d. J. unmittelbar vor dem Internationalen Tuberkulosekongreß in Rom stattfindet.

Mittwoch, den 10. April, 10 Uhr vormittags: Sitzungen der Verwaltungs-Kommissionen und der permanenten Kommissionen; 12 Uhr mittags: Sitzung des engeren Rats: 1. Bericht des Generalsekretärs. 2. Aenderung der Satzungen. 3. Neuwahl der Verwaltungs-Kommission. 4. Erneuerung von korrespondierenden Mitgliedern. 5. Vorschläge zur Erneuerung von Ehren-Mitgliedern. 6. Bestimmungen für die nächste International Tuberkulose-Konferenz. — Abends: Begrüßungs-Abend.

Donnerstag, den 11. April, 10 Uhr vormittags: Erste allgemeine Sitzung: 1. Begrüßungs-Ansprachen. 2. Die Beziehungen der Menschen zur Rindertuberkulose — 3 Uhr nachmittags: 3. Spezifische Therapie. — Abends: Gesellige Vereinigung.

Freitag, den 12. April, 10 Uhr vormittags: Zweite allgemeine Sitzung: 1. Die Tuberkulose und die Frauen. — 3 Uhr nachmittags: Angemeldete Vorträge. — Abends: Gesellige Vereinigung.

Sonnabend, den 13. April, 10 Uhr vormittags: Sitzung des Großen Rats: 1. Bericht des Generalsekretärs. 2. Berichte der Kommissionen. 3. Berichte über die Fortschritte der Tuberkulose-Bekämpfung in den verschiedenen Ländern. 4. Aenderung der Satzung. 5. Ernennung von Ehren-Mitgliedern. 6. Verleihung der internationalen Tuberkulose-Medaille. — 9 Uhr abends: Empfang in der Engelsburg.

Sonntag, den 14. April, 10 Uhr vormittags: Eröffnungs-Sitzung des internationalen Tuberkulosekongresses.

Gleichzeitig wird bemerkt, daß für die Teilnehmer des Kongresses für die Hinreise nach Rom (vom 1. bis 20. April) und für die Rückreise (vom 14. April bis 5. Mai) auf den italienischen Bahnen eine Fahrpreisermäßigung gewährt wird, die je nach der Entfernung zwischen der Grenzstation und Rom 50—60 % beträgt. Für die Rückreise kann eine andere Strecke gewählt werden, doch muß dieselbe beim Kaufe der Fahrkarte vor der Herreise angegeben werden.

Die **diesjährige Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder** wird am 15. Mai in Königsberg i. Pr. stattfinden.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten sind in der Zeit vom 11 bis 24. Februar 1912 erkrankt (gestorben) an: Gelbfieber, Rückfallfieber, Pest, Cholera, Tollwut: — (—); Aussatz: — (—), 1 (1); Fleck-fieber: — (—), 2 (—); Pocken: 3 (—), 1 (—); Milzbrand: 3 (—), 6 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 1 (—), — (—); Unterleibstyphus: 215 (23), 142 (16); Ruhr: 2 (—), 12 (1); Diphtherie: 2091 (171), 2036 (158); Scharlach: 1742 (45), 1572 (74); Kindbettfieber: 129 (32), 141 (38); übertragbare Genickstarre: 1 (—), 2 (—); Spinale Kinderlähmung: 1 (—), — (—); Fleischvergiftung: — (—), 7 (1); Paratyphus: 1 (—), 4 (1); Körnerkrankheit (erkrankt): 75, 226; Tuberkulose (gestorben): 905, 801.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. S. in G.: Ist die Gerichtskasse eines auswärtigen Amtsgerichts für den Fall, daß die Gebühren nicht sofort erstattet werden, berechtigt, von den Gebühren für eine Leichenöffnung die Portokosten für die Uebersendung durch die Post abzuziehen?

Antwort: Die Frage ist zweifelhaft; siehe den Kommentar des Herausgebers zum Gebührengesetz, S. 43, Anm. 2.

Anfrage des Kreisarztes Dr. G. in G.: 1. Sind Gutachten, Bescheinigungen, die über den Gesundheitszustand von Beamten zwecks längeren Urlaubs und dergl. von der vorgesetzten Behörde, Königl. Regierung eingefordert werden, gebührenfrei auszustellen? 2. Sind diese Atteste, die von dem betreffenden Beamten behufs Vorlage bei der vorgesetzten Behörde verlangt werden, stempelpflichtig?

Antwort: Zu 1: Nein. Zu 2: Wenn sie von der vorgesetzten Behörde unmittelbar eingefordert werden, sind diese Atteste stempelfrei, sonst stempelpflichtig.

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

XXVIII. Hauptversammlung

am

Freitag, den 26. April 1912

in

Berlin

Tagesordnung:

Donnerstag, den 25. April:

8½ Uhr abends: **Begrüßungs-Abend** (mit Damen) im **„Rheingold“** (Ebenholzsaal); Eingang: Potsdamerstraße Nr. 3, eine Treppe hoch.

Freitag, den 26. April:

9½ Uhr vormittags: **Sitzung** im „Rheingold“ (Ebenholzsaal); Eingang wie vorher.

1. **Eröffnung der Versammlung.**
2. **Geschäfts- und Kassenbericht.**
3. **Entwurf des Wassergesetzes.** Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Salomon-Charlottenburg.
4. **Der ärztliche Sachverständige auf dem Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nach der neuen Reichsversicherungsordnung.** Referent: Landes-Med.-Rat Dr. Knepper in Düsseldorf.
5. **Methylalkoholvergiftung.** Referent: Dr. Bürger, Assistent beim Institut für Arzneikunde in Berlin.
6. **Vorstandswahl; Bericht der Kassenrevisoren.**
7. Als Diskussionsgegenstand: **Schulkinder-Untersuchungen auf dem Lande.** Referent: Kreisarzt Dr. Dohrn-Hannover.

Nach **Schluß** der Sitzung findet die Generalversammlung der **„Jubiläums-Stiftung“** statt.

Tagesordnung: **1. Geschäftsbericht 2. Vorstandswahl.**

6 Uhr nachmittags: **Festessen** (mit Damen) im **„Rheingold“** (wie vorher).

Um recht zahlreiche Beteiligung, auch von seiten der Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins, die freundlichst eingeladen sind, wird gebeten.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins.

Im Auftrage: **Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Vorsitzender,**
Reg.- u. Geh. Med.-Rat in Minden.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 7. Ausgegeben am 5. April 1912.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,

Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch

J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 7.

und Beilage: Berichte aus Versammlungen: Offizieller Bericht des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dem a. o. Prof. Dr. Posner in Berlin und dem ordentl. Honorarprofessor Dr. Rumpf in Bonn; — als Sanitätsrat: dem prakt. Arzt Dr. Klippel in Neusalz (Schlesien); — das Prädikat als Professor: dem bisherigen Privatdozenten in Rostock Dr. A. Becker, dirig. Arzt der Kinderheilanstalt in Hannover, dem Privatdozenten Dr. Fuchs in

Breslau und dem Geh. San.-Rat Dr. Peretti in Düsseldorf; — der Rote Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen und dem Geh. San.-Rat Dr. Heinr. Schmidt in Berlin, dem Generaloberarzt a. D. Dr. Braune in Breslau; — der Rote Adlerorden IV. Kl.: dem Geh. San.-Rat Dr Gerstein in Dortmund.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung: des Komturkreuzes I. Klasse des Königlich Sächsischen Albrechtordens: dem Ministerialdirektor im Ministerium des Innern, Wirkl. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner in Berlin; desselben Ordens II. Kl.: den Marinegeneralsärzten Dr. Dirksen und Prof. Dr. Ruge; des Ehrenkreuzes des Großherzogl. Hessischen Verdienstordens Philipps des Großmütigen: dem Direktor im Kaiserl. Gesundheitsamte Geh. Reg.-Rat Dr. Weber in Berlin; des Offizierkreuzes des Königl. Belgischen Kronenordens: dem Reg.-Rat Dr. Buchholz in Berlin, Mitglied des Kaiserl. Gesundheitsamts.

Ernannt: Der bisherige Abteilungsvorsteher am Institut für Infektionskrankheiten in Berlin, Prof. Dr. Lentz, zum Direktor des neu zu errichtenden Hygienischen Instituts in Saarbrücken; der Leiter der bakteriol. Untersuchungsanstalt Dr. Prigge in Saarbrücken zum Kreisarzt des Kreisarztbezirks Wiesbaden-Land mit dem Amtssitz in Wiesbaden; der Kreisassistenzarzt Dr. Heinr. Müller in Oppeln zum Kreisarzt des Kreises Oststernberg mit dem Wohnsitz in Zielenzig; der Arzt Dr. Schulz in Saabor zum Kreisassistenzarzt unter Ueberweisung an den Kreisarzt des Stadt- und Landkreises Oppeln und Uebertragung der Stelle des Assistenten bei der Königl. Impfanstalt in Oppeln; der a. o. Prof. Dr. Rühmann in Breslau zum ordentl. Honorarprofessor in der dortigen medizinischen Fakultät; der Chemiker Dr. Schröder zum ständigen Mitarbeiter bei dem Kaiserlichen Gesundheitsamt.

Versetzt: Dr. Pilf, Kreisarzt des Landkreises Wiesbaden, in den Stadtkreis Wiesbaden; Kreisarzt Dr. Schlieben in Zilenzig in den Kreis Neustadt (Westpr.) mit dem Amtssitz in Neustadt; der Kreisarzt und bisherige ständige Mitarbeiter beim Königl. Polizeipräsidium in Berlin Dr. Pflanz in die Kreisarztstelle des Stadtkreises Danzig mit dem Amtssitz in Danzig, Kreisarzt Med.-Rat Dr. Eschricht in Danzig in die Stelle des ständigen Hilfsarbeiters bei dem Königl. Polizeipräsidiums in Berlin.

In den Ruhestand getreten: Geh. Med.-Rat Dr. Gleitsmann, Kreisarzt des Stadtkreises Wiesbaden und Geh. Med.-Rat Dr. Hasse, Kreisarzt in Neustadt (Westpr.).

Gestorben: Dr. Oskar Lehmann, Dr. Hirsekorn, Geh. San.-Rat Dr. Körbitz und San.-Rat Dr. Nathusius Jacoby in Berlin, Geh. San.-Rat Dr. Michaelis in Bad Rehburg, San.-Rat Dr. Lent in Soest, Dr. Koerner in Ziegenrück, San.-Rat Dr. Rietkötter in Warstein, Dr. Bär in Frankfurt a. M., San.-Rat Dr. Neuenzeit in Werl i. Westf., Kreisarzt Geh. Med.-Rat Dr. Tergast in Emden.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel eines Hofrats: dem prakt. Arzt Dr. Th. Struppler in München; — der Titel Hofarzt: dem prakt. Arzt Dr. Arn. Gross in München; — die Prinz-Regent-Luitpold-Medaille in Gold: dem Königl. Leibarzt Med.-Rat Dr. Wilh. Ritter v. Kastner in München; — den Verdienstorden vom heil. Michael 4. Klasse mit der Krone: dem Badearzt Hofrat Dr. Heinr. May in Bad Kreuth, dem dirigierenden Arzt San.-Rat Dr. Wirsing am St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin; — das Verdienstkreuz für freiwillige Krankenpflege: den Aerzten Dr. Eisenreiter in Simbach a. J., Dr. Rogler in München und Dr. Jos. Weinig in Schwabach, sowie dem Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Peters in Neuburg.

Ernannt: Bezirksarzt Dr. Miller in Ingolstadt zum Regierungs- und Medizinalrat in Ansbach, Oberarzt Dr. Blachian an der Kreisirrenanstalt Wernick zum Direktor der oberbayerischen Heil- und Pflegeanstalt fur Geisteskranke bei Haas.

Versetzt: Die Bezirksärzte Dr. Raab in Schwabach nach Ansbach und Dr. Bergmann in Staffelstein nach Zusmarshausen.

Psychiatrischer Fortbildungskursus in Uchtspringe.

Vom 3. bis 15. Juni d. Js. halte ich wiederum in der **Landesheilanstalt Uchtspringe** einen **klinischen Kursus der Psychiatrie** mit besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse des Praktikers und Gerichtsarztes. Die Vorlesungen finden außer Sonntags täglich nachmittags von 6—8 Uhr statt. Im Laufe des Vormittags wird den Herren Teilnehmern Gelegenheit geboten, Geisteskranke praktisch zu untersuchen, über gerichtliche Fälle Gutachten anzufertigen und an pathologisch-anatomischen Arbeiten teilzunehmen. Außerdem hält Herr Oberarzt Dr. Hoppe einen etwa achtstündigen Kursus mit Demonstrationen über **Stoffwechseluntersuchungen** und deren Anwendung und Bedeutung in der neurologisch-psychiatrischen Praxis. Herr Oberarzt Dr. Rühle liest in ungefähr der gleichen Stundenzahl **Topographie und ausgewählte Kapitel** aus der **pathologischen Anatomie des Zentralnervensystems** mit makro- und mikroskopischen Demonstrationen. In dem neuzeitlich eingerichteten **Röntgen-Laboratorium** der Anstalt haben die Herren Kursteilnehmer unter sachgemäßer Anleitung des Vorstehers Herrn Dr. Bufe Gelegenheit, das moderne Röntgen-Verfahren durch Vorträge und Uebungen kennen zu lernen. Auch wird eingehende **praktische Anleitung zur Vornahme der Wassermannschen Reaktion** erteilt. Honorar wird — außer einer Einschreibgebühr von 20 Mark — nicht erhoben. Anmeldungen erbittet baldigst **Professor Dr. Alt.**

In den Ruhestand getreten: Ob.-Med.-Rat Dr. Bruglocher in Ansbach unter Verleihung der II. Klasse des Verdienstordens vom heiligen Michael.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Die Krone zum Ritterkreuz I. Klasse des Albrechtsordens: dem Oberstabsarzt a. D. Dr. Korn, bisher Regimentsarzt in Leipzig.

Ernannt: Der Ob.-Med.-Rat Dr. Lufft im Ministerium des Innern zu Dresden zum Ministerialrat mit dem Titel und Rang als Geheimer Medizinalrat.

Gestorben: Hofrat Dr. Grenser in Dresden.

Grossherzogtum Baden.

Ernannt: Bezirksarzt Dr. Kiefer in Emmendingen zum Bezirksarzt in Wolfach.

Versetzt: Bezirksarzt Med.-Rat Dr. Thomen von Wolfach nach Lörrach.

In den Ruhestand getreten: Geh. Hofrat Prof. Dr. Schottelius, Direktor des hygienischen Universitäts-Instituts in Freiburg i. Breisl.

Gestorben: Dr. Hirschfelder in Karlsruhe.

Grossherzogtum Hessen.

In den Ruhestand getreten: Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Neidhart, vortragender Rat in der Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege in Hessen unter Verleihung des Komturkreuzes II. Klasse des Verdienstordens Philipp des Großmütigen.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Dr. Schorong in Straßburg i. Els.

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Die Bezirksarztstellen in **Ingolstadt, Schwabach** und **Staffelstein.** Bewerber haben ihre Gesuche bei der ihnen vorgesetzten K. Regierung, Kammer des Innern, bis 7. April 1912 einzureichen.

---

25. Jahrg. Zeitschrift 1912.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen,
Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen
Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 7.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. April.

Sechs Todesfälle nach reichlichem Genuss von Methylalkohol enthaltendem Branntwein — künstlichem Nordhäuser.

Mitgeteilt von Med.-Rat Dr. Kühn, Kreisarzt in Calbe S.

Am 28. August v. J. wurde ich telephonisch durch die Polizeiverwaltung nach der Stadt Sch. gerufen. Dort waren in einer Herberge, in der sich außer einem Restaurationsraum Logierräume und Mietswohnungen befanden, am 27. August 3 Todesfälle unter den Bewohnern des betr. Hauses, die am 25. und 26. August in den Restaurationsräumen verkehrt hatten, und, wie weitere Ermittelungen und spätere Feststellungen ergaben, am 28. August noch 3 weitere Todesfälle bei Leuten vorgekommen, die am 26. und 27. August in den Restaurationsräumen gegessen und getrunken hatten. Dazu erwiesen sich von den Insassen der Mietswohnungen in der Herberge noch weitere 4 Personen als krank, die, wie sich allerdings erst später herausstellte, dem Wirt gelegentlich geholfen und auch in den Restaurationsräumen verkehrt hatten. Sie klagten teils über Kopfweh, Brechreiz, Leibschmerzen und Durchfall, teils über Schwindel, allgemeine Mattigkeit und Verdauungsstörungen; sie waren aber fieberlos.

Eine sorgfältige Prüfung der in der Herberge vorgefundenen fertigen Speisen und Nachforschung über die in den letzten Tagen in der Restauration und bei der Familie des Wirts zur

Verwendung gekommenen Nahrungsmittel machten eine Vergiftung durch Nahrungsmittel von vornherein unwahrscheinlich. Dagegen konnte der in der Restauration vorgefundene Branntwein, und zwar sogen. Nordhäuser, der durch Beimischung einer künstlichen Kornessenz zu gekauftem oder aus Spiritus und Wasser selbst gemachtem Branntwein bereitet war, mit dem Tode der 6 Verstorbenen und dem Unwohlsein der 4 vorhandenen Kranken zusammenhängen. Es wurden deshalb die in der Restauration vorgefundenen Vorräte dieser Spirituosen, je eine Flasche mit fertigem Nordhäuser, eine weitere, die gewöhnlichen Branntwein enthalten sollte, und die Flasche mit der Kornessenz in polizeilichen Verwahr genommen, die ganze Herberge geschlossen und, da der Verdacht einer ansteckenden Krankheit noch nicht ganz ausgeschlossen war, vorsichtshalber Desinfektion aller verdächtigen Räumlichkeiten angeordnet. Die vier in der Herberge wohnenden erkrankten Personen wurden zur Beobachtung ins städtische Krankenhaus übergeführt.

Die Kranken boten, wie ich selbst weiter kontrollieren konnte, hier, um dies gleich noch zu bemerken, weiter keine krankhaften Erscheinungen, als die oben erwähnten, erholten sich in den nächsten Tagen vollkommen und sind, nachdem auch durch bakteriologische Untersuchungen jeder Verdacht einer ansteckenden Krankheit ausgeschlossen war, schon am 1. September wieder vollkommen gesund entlassen.

Von den 6 Verstorbenen sind 5 hier im Kreise seziert, einer, der nach reichlichem Schnapsgenuß tags zuvor am 27. die Herberge verlassen und sich über die Elbe hatte setzen lassen und bald nachher im Nachbarkreis (Jerichow) verstorben war, ist dort zur Sektion gekommen.

Aus den Ergebnissen der eben erwähnten 5 Sektionen will ich nur das hier Wichtige kurz anführen und bei den einzelnen Verstorbenen gleich bemerken, was sich über den vorhergegangenen Schnapsgenuß bezw. Genuß des künstlich fabrizierten Nordhäuser in der Herberge hat feststellen lassen.

1. J., Hausdiener in der Herberge, soll am 25. und an vorhergehenden Tagen außerordentlich viel von dem Kunstschnaps, den er sich selbst aus Spiritus, Wasser und der Kornessenz bereitet haben soll, getrunken haben. Er legte sich noch mit einer wahrscheinlich denselben Schnaps enthaltenden Flasche am 26. August zu Bett und starb, angeblich unter Konvulsionen, in der Nacht vom 26. zum 27. August 3 Uhr.

Die Sektion — am 31. August — ergab vorgeschrittene Fäulnis; die Muskulatur von gutem frischen Aussehen. Noch reichlich flüssiges Blut in den Gefäßen. Herz leer, Lungen schwarz, schwer, aber noch überall lufthaltig, bei mäßigem Druck entleert sich auf die schwärzliche Schnittfläche reichliche, mit wenig Luftblasen gemischte wässerige Flüssigkeit. Mageninhalt ohne spezifischen Geruch. Oberfläche der Darmschleimhaut graurot glänzend. An der Magenschleimhaut, die schon fäulnisweich ist, zeigt stch sonst nichts Abweichendes, nur hat in der Gegend des Magengrundes eine handgroße Stelle ein schmutzig rötliches Aussehen. Auch die Schleimhaut des Zwölffingerdarms sah schwärzlichrot aus. Rindenschicht der Nieren breit, schmutzig graurot, von der Markschicht nicht deutlich abgesetzt. Leber groß, blutreich. Gehirn, breiig erweicht, hatte keinen spezifischen Geruch.

2. A., 25 Jahre alt, in der Herberge nur in Kost, war am 26. August abends infolge des Genusses von dem künstlichen Nordhäuser am Tage schon

angetrunken und trank dann noch 7 große Schäpse, sog. Wachtmeister. Tod am 28. August.

Sektion am 1. September: Hellrote Totenflecke. Muskulatur gut frischrot. Kein spezifischer Geruch beim Eröffnen der Bauchhöhle und beim späteren Oeffnen des Magens. Herz leer, nur in der linken Kammer Spuren dunklen flüssigen Blutes; die großen Gefäße dagegen noch reichlich mit Blut gefüllt. Lungen schwer, zeigen schwärzliche glänzende Oberfläche; das Gewebe fühlt sich prall elastisch an, knistert aber nur noch wenig. Durchschnitte schwärzlich, glatt. Bei Druck tritt sowohl im Ober-, als im Unterlappen reichlich dunkelblutig-wässerige Flüssigkeit auf die Schnittfläche, die mit wenig Luftblasen gemischt ist. In der Gegend des Magenmundes eine kupferrote Stelle der Schleimhaut. Rindensubstanz der Nieren getrübt. An den Gehirnhäuten Blutgefäße bis zur halben Rundung gefüllt. Adergeflechte und obere Gefäßplatte graurot, Gefäße mäßig gefüllt. Hirnsubstanz mäßig blutreich.

3. B. wohnte in der Herberge, hat am 25. und besonders am 26. August sehr viel Nordhäuser getrunken, trank abends am 26. August, schon angetrunken, noch 7 große Schnäpse Nordhäuser sog. Wachtmeister, hatte sich am 27. August gelegt und war in der Nacht vom 27. zum 28. August gestorben — 2½ Uhr.

Sektion am 1. September. Befund: Vorgeschrittene Fäulnis. Leicht aromatischer Geruch beim Oeffnen der Bauchhöhle. Oberfläche der Darmschlingen schmutzig hellrot; einzelne Darmschlingen fallen besonders durch ihr rosarotes und auch intensiv rotes Aussehen auf. Herz leer. Lungen schwer, schwarz, blutreich und ödematös, wie bei A. Auch der Mageninhalt zeigt aromatischen Geruch. Die Gegend des Magengrundes hatte ein schmutzig rotgraues Aussehen. Rindensubstanz der Nieren getrübt. Gehirn vollkommen erweicht.

4. Sc., in der Herberge wohnend, hat am 25. u. 26. August reichlich gerade von dem von dem Hausdiener selbst bereiteten Kunstschnaps — Genaues ließ sich nicht feststellen — getrunken und ist am 27. August, vormittags, gestorben.

Sektion am 2. September. Befund: Vorgeschrittene Fäulnis. Leicht aromatischer Geruch beim Eröffnen der Bauchhöhle, der sich auch beim Oeffnen des Magens zeigte. Außenfläche des Magens hatte ein schmutzig rotes Aussehen. Die Magenschleimhaut war schon sehr weich, grüngrau, nur in der Gegend des Magenmundes und am Magengrund waren schmutzig kupferrote Stellen. Rindensubstanz der Nieren getrübt und gequollen; Leber groß, blutreich. Herz leer. Lungen, die von Tuberkelknoten durchsetzt waren, soweit das Gewebe noch intakt ist, blutreich. Gehirn breiig erweicht.

5. Sch., Logiergast in der Herberge, hat, soweit sich feststellen ließ, am 26. August sehr reichlich und auch am 27. August noch von dem fabrizierten Nordhäuser getrunken und ist dann aus der Herberge wieder auf Wanderschaft gegangen, aber schon in der Nähe der Stadt Sch. im Chausseegraben tot aufgefunden. Tod wahrscheinlich noch am 27. oder 28. August früh.

Sektion am 2. September. Befund: Vorgeschrittene Fäulnis. Muskulatur hat trotzdem noch frisches Aussehen. Herz leer. Lungen hyperämisch und ödematös. Mageninhalt noch leicht aromatischer Geruch, Magenschleimhaut, besonders an der hinteren Magenwand, dunkelrot; auch Schleimhaut des Zwölffingerdarms schmutzig rosarot. Rindensubstanz der Nieren getrübt.

Bei den 5 Sektionen, deren Resultate durch die in der heißen Jahreszeit rasch fortschreitende Fäulnis etwas beeinträchtigt sind, waren demnach Hyperämie und Oedem der ganzen oder von Teilen der Lungen, die auf Lähmung des Atmungszentrums schließen ließen, als eigentliche Todesursache anzusprechen. Die trotz der relativ großen Fäulnis noch erhebliche Füllung der großen Gefäße mit dunklem flüssigen Blut bei einzelnen Leichen, die roten und rotbraunen Stellen an der sonst intakten Schleimhaut des Magens, also die regionären oder in einem Fall allgemeinen Hyperämien dieses Organs und anderer Teile des Darmtraktus, und die in allen Fällen wiederkehrende trübe Schwellung der Rindensubstanz der Nieren waren weitere

bemerkenswerte Befunde. Sie entsprachen aber nur den Befunden, die man mehr oder weniger ausgesprochen bei allen Alkoholvergiftungen findet, und boten also nichts Spezifisches. Daß trotz des in allen Fällen doch sicher reichlichen, dem Tode voraufgegangenen Genusses des künstlichen Nordhäusers ein eigentlicher Alkoholgeruch in keiner Leiche wahrgenommen wurde, war bei der relativ langen Zeit, die zwischen dem Genuß des Nordhäusers und dem Eintritt des Todes und bei der raschen Ausscheidung des Alkohols aus dem Körper weiter nicht auffallend. Dafür machte sich in 3 Leichen aber ein eigentümlicher aromatischer Geruch beim Eröffnen der Bauchhöhle und beim Oeffnen des Magens bemerklich, der ohne Zweifel von den aromatischen Bestandteilen der zur Bereitung des künstlichen Nordhäusers verwandten Kornessenz herrührte.

Bei der sorgfältigen chemischen Untersuchung der asservierten Leichenteile, die für jede einzelne Leiche gesondert geschah, haben sich weitere Giftstoffe nicht ermitteln lassen. Die in den Leichen gefundenen Ptomaine konnten nicht als Beweise für etwa vorgehommene Fleisch- oder Fischvergiftung in Frage kommen, da sich solche Ptomaine ja bei der Fäulnis der Leichen überhaupt entwickeln und hier auch reichlich entwickelt haben konnten.

Auch die zur Bereitung des künstlichen Nordhäusers verwandte Kornessenz bestand nach der chemischen Feststellung nur aus Aethylalkohol, Wasser, Aetherarten und aromatischen Stoffen, enthielt aber keine Giftstoffe und besonders keinen Methylalkohol oder chemisch nachweisbare Körper, die sich bei Verwendung von denaturiertem Spiritus hätten bilden müssen.

Dagegen ließ sich nachweisen, daß die beschlagnahmte Flasche mit trinkfertigem Branntwein, dem sog. Nordhäuser ganz erhebliche Mengen Methylalkohol enthielt, und daß dieser Methylalkohol nicht auf den etwa zur Verwendung gekommenen denaturierten Spiritus zurückzuführen war.

Auch der in einer zweiten beschlagnahmten Flasche befindliche Branntwein enthielt erhebliche Mengen Methylalkohol.

Nach diesen Ermittelungen und Feststellungen war es wohl zweifellos, daß hier der Genuß größerer Mengen des Methylalkohol enthaltenen künstlichen Nordhäusers bei den Verstorbenen den Tod zur Folge gehabt hatte. Auch die Erkrankung der am 28. August dem Krankenhause zugeführten Personen ist, wie spätere Erhebungen bei dreien derselben ergaben — der vierte war gleich nach seiner Entlassung aus dem Krankenhause abgereist und später nicht mehr aufzufinden — durch den Genuß des Methylalkohol enthaltenen Branntweins entstanden. Der erste hatte am 26. und 27. August je 5 große Schnäpse von dem Nordhäuser getrunken, bekam am 28. Aug. Schwindel, Kopfweh, sowie Leibschmerz und Durchfall, während seine miterkrankte Frau — wurde am 26. Aug. schwindlich, bekam Kopfweh, Brechreiz und fühlte sich am 28. Aug. noch schwach — am 25. und 26. Aug. angeblich nur wenig von dem Branntwein

genossen hatte. Der dritte hatte am 26. und 29. August seiner Angabe nach verhältnismäßig nur wenig — 3 Nordhäuser und Bier — getrunken. Er fühlte sich am 28. August schwach und hatte Kopfweh und Schwindelanfälle. Sonach hat in diesen Fällen der Genuß relativ kleiner Mengen von Methylalkohol Krankheitserscheinungen, Schwindel, Kopfweh, Brechreiz und Verdauungsstörungen zur Folge gehabt, die sich aber nach einigen Tagen wieder spurlos verloren haben.

Methylalkohol hat demnach eine schädliche Wirkung auf den Körper, die wohl im ganzen der Aethylalkoholwirkung analog, aber viel intensiver ist und besonders die Nervensubstanz stark chemisch-toxisch anzugreifen scheint; denn der Tod war bei unseren 5 Fällen durch Lähmung des Atmungszentrums hervorgerufen, wie gesagt ein Erstickungstod, der ja auch bei Aethylalkoholvergiftungen, aber erst nach Genuß viel größerer Mengen vorkommt.

Möglich, daß in diesen Fällen der Gehalt der genossenen spirituosen Flüssigkeit an Aetherarten, Essigäther u. a. und an aromatischen Stoffen die Giftwirkung des Methylalkohols gesteigert hat. Bemerkenswert ist jedenfalls, daß sich die Giftwirkung in unseren Fällen nicht gleich nach dem Genuß, bezw. nicht im Rauschzustand, sondern erst mehr oder weniger längere Zeit (12—24 Stunden) nach der Einverleibung des Methylalkohols, also im Depressionszustand, eintrat. Es hängt mit diesem Umstand wohl zusammen, daß in unseren Todesfällen nach dem Genuß von methylalkoholhaltigen Spirituosen die Zeichen der akuten Nephritis, die Schwellung und Trübung der Rindensubstanz der Nieren schon so deutlich ausgeprägt war; will man dafür nicht zu viel Gewicht auf die Reizung der Nieren durch die mit der Essenz dem Alkohol beigemischten Aetherarten legen, so mag man darin ein charakterisches Merkmal der Sektionsergebnisse bei Methylalkoholvergiftung sehen.

Ueber Methylalkoholvergiftungen.

Von Medizinalrat Dr. **Keferstein**, Gerichtsarzt in Magdeburg.

Die Giftigkeit des Methylalkohols war bisher in Deutschland so gut wie unbekannt. Der beste Beweis dafür ist, daß man auch heute noch in jeder größeren Drogenhandlung Methylalkohol literweise kaufen kann, da dieser Alkohol dem freien Verkehr überlassen ist. In den letzten Jahren, nachdem das Zündholzsteuergesetz in Kraft getreten war, wurde Methylalkohol sehr viel in kleinen Mengen gekauft. Er wurde nämlich zur Füllung von künstlichen Feuerzeugen benutzt. Diese Feuerzeuge treten dadurch in Tätigkeit, daß mit Hilfe von Platinschwamm und Methylalkohol eine Flamme erzeugt wird. Es ist dazu dieser Alkohol nötig, da er weit flüchtiger ist, als der gewöhnliche Aethylalkohol. Augenblicklich werden diese Feuer-

zeuge weniger benutzt, da sie durch Benzinfeuerzeuge verdrängt sind. Der reine Methylalkohol ist eine schwach nach Weingeist und etwas aromatisch riechende Flüssigkeit, die ziemlich flüchtig ist und wasserhell aussieht. Er siedet bei 66°, sein spezifisches Gewicht ist 0,796; er mischt sich in jedem Verhältnis mit Wasser, Alkohol und Aether, brennt mit bläulicher Flamme, verhält sich aber in seiner chemischen Reaktion wesentlich anders wie der Aethylalkohol. Der ungereinigte Methylalkohol oder Holzgeist wird wegen seines schlechten Geschmacks auch zur Denaturierung von Spiritus benutzt. Auch wird Methylalkohol zur Bereitung von Firnissen und Lacken gebraucht, in der Farbwarenfabrikation, weil er billiger ist und ein größeres Lösungsvermögen hat, wie der gewöhnliche Alkohol. Auch zur Herstellung von Formaldehyd wird Methylalkohol verwandt.

Erst durch die vielen Todesfälle in Berlin, die am Ende des vergangenen Jahres sich durch Genuß von Methylalkohol ereignet hatten, hat man sein Augenmerk mehr auf den Methylalkohol gerichtet. In einer Vorstadt von Magdeburg war schon Anfang November vorigen Jahres ein Fall von Methylalkoholvergiftung vorgekommen, nachdem bereits im August fünf Fälle derselben Vergiftung in Schönebeck an der Elbe sich zugetragen hatten. Dieser Fall ereignete sich anfangs November in einer Saccharinfabrik. Am 2. November 1911 vormittags gegen 10 Uhr hörte der eine Arbeiter in der Saccharinfabrik, der sich auf der Latrine befand, wie jemand sich in einem Nebenabteil erbrach. Er ging in dieses Abteil und bemerkte dort einen jugendlichen Arbeiter, der auf dem Klosett saß und sich nach vorn überneigte. Als der Arbeiter den dort sitzenden Menschen aufrichten wollte, fiel dieser nach vorn über und erbrach nochmals. Darauf blieb der junge Mensch mit dunkelrotem Gesicht regungslos liegen. Mit Hilfe einer zweiten Person wurde der junge Mensch in einen größeren Raum gebracht; hier wurden eine Stunde lang von einem Heilgehilfen Wiederbelebungsversuche mittels Sauerstoffapparate gemacht. Es wurde auch ein Arzt bald herbeigerufen, der nur den Tod des jungen Menschen feststellen konnte. Da die Todesursache nicht mit Bestimmtheit angegeben werden konnte, und der Verdacht der Vergiftung vorlag, wurde von der Staatsanwaltschaft die Leichenöffnung angeordnet, die, am 4. November 1911 ausgeführt, folgende wesentliche Ergebnisse hatte:

Sämtliche Gelenke sind schwer beweglich. Die Hautfarbe ist gelblichweiß. Der Rücken, das Gesäß, die Ober- und Unterschenkel und die Hände sind blaurot.

Die Augenbindehäute sind weißgrau, die Hornhäute sind wenig getrübt, die Augensterne mittelweit.

Im rechten Vorhofe des Herzens finden sich 20 g flüssiges Blut, ebenso viel in der rechten Kammer. Die linke Herzhälfte ist fast leer. Die großen, vom Herzen ausgehenden Gefäße enthalten 30 g flüssiges, dunkelrotes Blut.

Unter dem Lungenüberzuge bemerkt man regellos verstreut dunkelrote, flohstichförmige Flecke, welche sich als kleine Blutaustretungen erweisen. Diese flohstichartigen Flecke finden sich an beiden Lungen.

Im Kehlkopf und oberen Teil der Luftröhre sieht man eine größere Menge grauroten Speisebreis.

Im Magen findet sich grauroter, zäher Speisebrei, der sauer riecht und sauer reagiert in einer Menge von etwa 100 g.

Beim Abnehmen des Schädeldaches ist ein undeutlicher, aromatischer Geruch wahrzunehmen.

Die weiche Hirnhaut ist überall zart und glänzend, ihre Gefäße sind voll gefüllt. Hierbei fallen die Gefäße durch hellrote Farbe auf, während sonst am Blut eine besonders hellrote Farbe nicht hervortritt.

Die Adergeflechte sind hellrot und von vollgefüllten Gefäßen durchzogen, ähnlich verhält sich die obere Gefäßplatte.

Auf den Schnittflächen der Hirnhalbkugeln treten zahlreiche abspülbare Blutpunkte hervor, die hellrot aussehen.

Die Sachverständigen geben als vorläufiges Gutachten die Möglichkeit einer Vergiftung zu. Es ist dann auf Anordnung der Staatsanwaltschaft die chemische Untersuchung der Leichenteile gemacht worden. In diesem Gutachten des Chemikers heißt es:

Auffallend ist, daß Magen und Mageninhalt einen eigentümlichen Beigeruch haben, der aber durch den Verwesungsgeruch derartig beeinflußt wird, daß man keine bestimmte Schlußfolgerung ziehen kann. Es wird eine größere Menge dieses Asservates einer Destillation unterzogen. Das erhaltene Destillat wird konzentriert und läßt nunmehr einen deutlichen Geruch nach Alkohol erkennen. Die angestellten Reaktionen weisen dann auch zunächst auf Aethylalkohol hin. Weiterhin gibt aber das Destillat nach der Oxydation mit Kalium permanganat in schwefelsäurer Lösung mit konzentrierter Schwefelsäure und salzsaurem Morphin eine starke violette Färbung. Es zeigt sich demnach als stark methylalkoholhaltig. Aus dem spezifischen Gewichte, das für das Destillat ermittelt wurde, läßt sich berechnen, daß bei 100 g des Mageninhaltes etwa 11 g Alkohol vorhanden sind; hiervon ist ein beträchtlicher Teil als Methylalkohol anzusprechen. Es ist daher eine Vergiftung infolge des Genusses eines mit Methylalkohol stark vermischten Trinkbranntweines mit größter Wahrscheinlichkeit erwiesen.

Der Chemiker zeigt noch darauf hin, daß der Verstorbene in Schönebeck an der Elbe gewohnt hat, und daß gerade in dieser Stadt in letzter Zeit mehrfache Vergiftungen mit Methylalkohol vorgekommen sind.

Der erste, welcher meines Wissens Untersuchungen über die Giftigkeit des Methylalkohols angestellt hat, ist Pohl gewesen (vergl. Schmiedebergs Archiv 131, Seite 281 u. f. des Jahrgangs 1893). Hier ist eine Abhandlung veröffentlicht von Pohl über die Oxydation des „Methyl- und Aethylalkohols" im Tierkörper, darin heißt es:

Reicht man einem kräftigen Hunde Methylalkohol in genügend großer Gabe und passender Verdünnung, etwa 40 bis 50 ccm Alkohol für einen acht bis zehn kg schweren Hund, so bemerkt man, wie beim Aethylalkohol nach einiger Zeit das Auftreten von Koordinationsstörungen, die sich zunächst unter zunehmendem Bewegungstrieb bis zum Taumeln steigern. Dann wird das Tier schlafsüchtig und verfällt in stundenlang andauernden Schlaf. Während aber beim Aethylalkohol das Tier nach mehrstündigem Schlaf in anscheinend normalem Zustand erwacht, ist dies bei Methylalkohol nicht der Fall, sondern der Schlaf dauert mit kurzen Unterbrechungen noch am nächsten Tage an, ja selbst am zweitnächsten Tage ist das Tier bewegungsunlustig, träge, schlafsüchtig und verweigert die Nahrungsaufnahme. Gewöhnlich zeigt es erst am 3. oder 4. Tage nach der Alkoholzufuhr seine normale Munterkeit. War die Gabe groß genug, oder hatte das Tier wenige Tage vorher bereits Methylalkohol bekommen, so wurde es oft beobachtet, daß seine Schlafsucht zunahm, bis das Tier am 4. Tage an Atmungslähmung zugrunde ging. Auch an Kaninchen, die im allgemeinen zu Versuchen über Alkoholwirkungen weniger geeignet sind als Hunde, bemerkt man nach entsprechenden Gaben (20 g) diese späte, langdauernde und vielfach mit dem Tode des Tieres abschließende Nachperiode der Methylalkoholvergiftung.

Aus dem Verlaufe der Vergiftung nach einer oder nach wenigen wiederholten Gaben des Methylalkohols folgt also, daß der Tierkörper mit dem Methylalkohol nicht recht fertig wird, daß er Schwierigkeit hat, dessen giftige Wirkung abzuwehren oder auszuschalten, und das tritt noch mehr in der chronischen Vergiftung mit Methylalkohol hervor. Man kann z. B. Hunde wohl ein Jahr lang mit Aethylalkohol füttern, ohne daß das Tier trotz der zahlreichen Räusche an Körpergewicht abnimmt, vielmehr ist eine Zunahme häufig. Das Tier gewöhnt sich auch an die Alkoholmengen, so daß es immer größere Gaben verträgt. Wenn nachher das Tier getötet wurde, so wurden bemerkbare Veränderungen an den Baucheingeweiden nicht gefunden. Wurde dagegen Hunden Methylalkohol in zweitägigen Zwischengaben gegeben in entsprechender Menge, dann gelang es nicht, die Tiere länger als wenige Wochen am Leben zu erhalten. Sie lagen gewöhnlich tagelang in tiefer Betäubung und erwachten kaum aus dem Schlafzustande, fraßen nicht und gingen bald zugrunde, auch wenn man die Alkoholzufuhr abbrach. Also auch hier trat die Erscheinung der verschleppten Nachwirkung hervor. Bei der näheren Untersuchung der Tierorgane bei chronischer Methylalkoholvergiftung fand sich bald eine fettige Degeneration der Leber. Der Aethylalkohol wird im tierischen Körper dadurch ausgeschieden, daß ein großer Teil durch die Nieren hinausbefördert wird. Ebenso findet eine geringe Ausscheidung durch die Lungen statt. Ein anderer Teil wird als Glukoronsäure ausgeschieden, während der größte Teil im Organismus verbrannt wird. Auch beim Methylalkohol findet eine mäßige Ausscheidung in unveränderter Form statt. Eine weitere Ausscheidung zeigt sich als eine über mehrere Tage sich erstreckende Ausscheidung von Ameisensäure bezw. Natriumformiat. Die übrige Menge wird im Organismus verbrannt, wobei Pohl glaubt, daß aller Alkohol in Ameisensäure umgewandelt wird. Diese Bildung der Ameisensäure soll über den Umweg der Formaldehydbildung verlaufen, doch ist das keineswegs sicher. Es wäre also interessant, daß der Tierkörper in seinem reaktiven Verhalten gegen den giftigen Methylalkohol eine noch giftigere Substanz, nämlich Formaldehyd bilden sollte. Die große Giftigkeit des Methylalkohols besteht also darin, daß der tierische Körper besondere Schwierigkeit hat, diesen Alkohol zu zerstören und herauszubefördern; dadurch ist auch die langdauernde Wirkung des Methylalkohols begründet.

Für den Menschen ist Methylalkohol besonders giftig. Er ruft eine ausgesprochene Muskelschwäche und Störung der Herztätigkeit hervor, die von Uebelkeit, Erbrechen und Ohnmachten begleitet werden. Auch Tobsuchtszustände, die viel anhaltender sind, als bei Aethylalkoholvergiftung, sind schon beobachtet worden, ebenso schwere Krämpfe, besonders der Atmungsmuskeln. In vielen Fällen trat der Tod nach einer einzelnen Gabe von Methylalkohol auf, die als gewöhnlicher Alkohol sicher vertragen worden wäre. Amerikanische Aerzte

haben berichtet, daß von Personen, die mit schwerer Methylalkoholvergiftung ins Krankenhaus gebracht werden, kaum eine mit dem Leben davon kommt. In einer ganzen Reihe von Fällen traten während der akuten Vergiftung oder im Ablaufen derselben Sehstörungen auf, die zu völliger und dauernder Erblindung führten. Meistens ist aber diese Erblindung die Folge wiederholter Methylalkoholaufnahme. Sie beruht nach den Angaben des Dr. Müller[1]) auf einer Sehnervenentzündung, die später in Sehnervenentartung ausgeht. Diese Sehnervenentartung wurde auch bei Tieren wiederholt durch Vergiftung mit Methylalkohol experimentell erzeugt. Man hat auch befürchtet, daß Methylalkohol in Dämpfen, die bei der Verwendung des Methylalkohols in der Technik entstehen, giftig wirken könnte. Diese Befürchtung ist aber nach den Versuchen des Dr. Müller zu weitgehend. Die Aufnahme des Methylalkohols, die als Dampf der Atmungsluft zugesetzt wird, ist nämlich von seiten der Lunge sehr gering. Dr. Müller sagt daher, daß weder praktisch noch theoretisch die Aufnahme von Methylalkohol in Dampfform durch die Atmungstätigkeit der Lungen besondere Bedeutung habe.

Um auf den Todesfall durch Methylalkoholvergiftung nochmals zurückzukommen, so hat sich bei dem jungen Menschen irgendwelche Leberveränderung nicht gefunden. Es war ein junger Mensch von 15 Jahren, der sicher noch nicht an chronischer Alkoholvergiftung leiden konnte, dazu war er zu jung. Dagegen können die eigentümlichen, flohstichartigen Flecke an der Lunge auflallen, die sich vorzugsweise bei Erstickungen zu finden pflegen. Es hat auch anscheinend eine Erstickung vorgelegen, da sich erbrochene Massen im Kehlkopf und Luftröhre vorhanden. Im übrigen sind die erhobenen Befunde so wenig bezeichnend, daß man aus diesem Leichenöffnungsbefund eine Methylalkoholvergiftung nicht hätte feststellen können. Auffallend war die hellrote Farbe an den vollgefüllten Blutgefäßen der weichen Hirnhaut und die hellroten Blutpunkte auf den Schnittflächen der Hirnhalbkugeln. Diese hellrote Blutfarbe ist auch bei mehreren Methylalkoholvergiftungen in Berlin aufgefallen. Die Pupillenerweiterung, die bei Methylalkoholvergiftung an dem Lebenden zu bemerken ist, war an der Leiche nicht auffallend. Auch der eigentümlich schwach aromatische Geruch bei der Eröffnung der Schädelhöhle ist nicht besonders bezeichnend. Erst die chemische Untersuchung hat dargetan, daß eine Methylalkoholvergiftung vorlag. Die Vergiftungen mit Methylalkohol beruhen auf Verfälschung alkoholischer Getränke durch Methylalkohol, weil dieser billiger ist, wie der zum Trinkbranntwein benutzte Aethylalkohol, der einer höheren Verbrauchssteuer unterliegt. Auch zu Patentmedizinen und Essenzen ist Methylalkohol in letzter Zeit verwandt worden, besonders in Amerika; aber auch

[1]) Zeitschrift für angewandte Chemie; Heft 8, S. 351 folgende.

hier in Deutschland hat man in letzter Zeit derartige Verwendung des giftigen Methylalkohols feststellen können. Es ist zu erwägen, ob der Methylalkohol, der derartig giftig ist, dem freien Verkehr entzogen werden soll; es ist dieses auf jeden Fall zu befürworten. Wie schon anfangs erwähnt, wird der Methylalkohol vom Publikum jetzt vielfach zur Füllung von Feuerzeugen benutzt. Bisher wissen die wenigsten, die den Methylalkohol in Händen haben, um ihr Feuerzeug zu füllen, mit einer wie giftigen Flüssigkeit sie hierbei umgehen. Es ist eigentlich zu bewundern, daß nicht noch mehr Vergiftungen mit Methylalkohol vorgekommen sind, da dieser trotz seiner Giftigkeit für den freien Verkehr vollkommen freigegeben ist. Es ist auch zu verbieten, daß der ungereinigte Methylalkohol oder Holzgeist zur Denaturierung von Spiritus benutzt wird, weil es vorkommen kann, daß denaturierter Spiritus getrunken wird.

Feuchte Wohnungen.

Von Dr. **Stoll**, Kreisassistenzarzt im Kreise Teltow.

Wenn sich ein Mieter über Feuchtigkeit seiner Wohnung beklagt, so macht ihm gewöhnlich der Hauswirt folgende Einwände:

entweder die Feuchtigkeitserscheinungen seien Folge des in der Wohnung entwickelten Wasserdampfes (Wrasenbildung) oder sie seien durch ungenügendes Heizen und Lüften verschuldet.

Mit dem ersten Einwand wird überhaupt abgeleugnet, daß die Wohnung wandfeucht sei. Dann gilt es zunächst festzustellen, ob die Bedingungen für eine übermäßige Entwicklung von Wasserdampf gegeben sind. In einer Küche, in einem Badezimmer und anschließenden Korridoren kann dies sehr wohl der Fall sein. Handelt es sich aber um ein nicht überbelegtes Schlafzimmer oder einen nicht zum Kochen und Waschen benutzten Wohnraum, so ist der Einwand von vornherein sehr unglaubhaft.

Im Einzelfall wird man außerdem nach objektiven Anzeichen zu entscheiden suchen, ob die Feuchtigkeit aus dem Raum oder aus der Wand stammt. Findet man die Stellen, wo Bilder oder Geräte der Wand dicht anhängen, von der Durchnässung ausgespart, so spricht das für Wrasenfeuchtigkeit, die eben dort nicht hinkommt; während Wandfeuchtigkeit hinter Bildern und dergl. gerade die stärksten Zerstörungen setzt, weil dort die Abdunstung des von der Wand ausgeschiedenen Wasserdampfes behindert ist.

Schwieriger ist es meist, zu dem zweiten Einwand Stellung zu nehmen: die Feuchtigkeit sei durch ungenügendes Heizen und Lüften verschuldet. Hier wird also das Vorhandensein von Wandfeuchtigkeit zugestanden, aber in der ungeeigneten Behandlung der Wohnung die Schuld gesucht.

Ist nun bei Wandfeuchtigkeit Heizen und Lüften wirklich ein geeignetes Mittel zur Austrocknung?

Keineswegs immer! Wenn in einem nicht ganz ausgetrockneten Neubau zur Winterszeit die Heizung in Betrieb gesetzt wird, so kommen bekanntlich die Feuchtigkeitserscheinungen erst zu Tage, immer am stärksten an den unteren Partien der Wand, daneben besonders hinter Bildern und hinter den der Wand dicht anstehenden Möbeln. Das beruht darauf, daß die Zimmerluft durch Erwärmung ein sehr bedeutendes Sättigungsdefizit erhält und deshalb die Wandfeuchtigkeit direkt nach innen ansaugt. (Luft von 16° kann etwa das Vierfache an Feuchtigkeit aufnehmen wie Luft von 0° und Luft von 40° reichlich das Zehnfache.)

Das Heizen ist also gerade die Ursache der Durchfeuchtung der inneren Wandschichten!

Den prompten Beweis dafür erhält man, wenn man ein solches Zimmer polizeilich räumen läßt. Sobald es nämlich ungeheizt und mit offenen Fenstern stehen bleibt, schwinden die Feuchtigkeitserscheinungen, was dann oft wieder benutzt wird, um zu behaupten, das Zimmer sei, wie der Augenschein lehre, tadellos wandtrocken, die Feuchtigkeitserscheinungen seien allein durch die Bewohner verschuldet.

Kann man also durch Aussetzen der Heizung die Feuchtigkeitserscheinungen tatsächlich hintanhalten, so ist es anderseits doch möglich, sie durch intensives Heizen wirklich dauernd zu beseitigen. Dazu genügt aber die gewöhnliche Gebrauchsheizung in der Regel nicht; dazu muß man vielmehr das Zimmer, nachdem es ausgeräumt ist, vier bis fünf Tage lang bei häufigem Lüften dauernd auf 40° erwärmen und diese Prozedur event. nach ein paar Wochen ein- oder mehrere Male wiederholen. Dann verarmt die Wand soweit an Feuchtigkeit, daß sie bei normalem Heizbetrieb nicht mehr soviel Wasser abgibt, daß Schimmelpilzbildung und muffig riechende Luft sich bemerkbar machen.

Ganz anders liegen die Verhältnisse, wenn nicht Baufeuchtigkeit die Wände naß macht, sondern wenn die Feuchtigkeit durch von außen eindringende Schlagregen bedingt ist, wie man das häufig bei einfachem Mörtelverputz, namentlich an den exponierten Wänden der Oberetagen findet. Dann ist mit Heizen überhaupt nichts zu erreichen, da ja — bei einer Regenperiode — von außen immer neue Feuchtigkeit nachdringt. Hier gilt es entweder durch dauernde Lüftung und Weglassen jeglicher Heizung die Ansaugung des Wassers nach innen zu verhindern oder die Wand zu isolieren. Das Letztere ist natürlich das einzig radikal helfende richtige Mittel; die Isolierung muß aber außen geschehen durch Oelanstrich oder dergl. Meist versteht sich aber der Hausbesitzer dazu nicht; er greift zu dem billigeren Ausweg, innen eine Isolierschicht anzubringen, indem er Teerpapier oder Korkplatten unter die Tapete legt. Beides hilft nur vorübergehend. Kork wird schließlich morsch

und saugt sich so voll Wasser, daß das Uebel schlimmer wird wie zuvor.

Oft wird dem Sachverständigen entgegengehalten, die Wand könne unmöglich feucht sein, der Mörtel sei ja völlig trocken. Es wird dann an irgend welcher Stelle etwas Mörtel aus der Wand herausgestanzt und auf seinen Feuchtigkeitsgehalt geprüft. Vor dem Ergebnis dieser „objektiven“ Methode sollen dann Beobachtung und Erfahrung einfach die Segel streichen. Daß die Feuchtigkeit in den oberen Mörtelschichten wechselt je nach den Schwankungen der Temperatur und dem Sättigungsdefizit, wie in der Gezeitenzone des Meeres Ebbe und Flut, das ist den Untersuchern meist gar nicht klar. Ja man kann erleben, daß eine solche Mörtelprobe einen Tag lang in einer Papierdüte aufgehoben wird, bis die „wissenschaftliche“ Untersuchung beginnt. Kurz man begegnet hier demselben Fehler, der auch im Gebiete der klinischen Medizin überhand nimmt, daß man nämlich versucht, Erfahrung und Urteil durch den Pythiaspruch einer ganz einseitig objektiven und deshalb irreführenden Methode auszuschalten. Das soll man sich nicht gefallen lassen.

Auffallend ist, daß feuchte Wände immer von der Fußleiste aus Schimmel ansetzen, während die oberen Teile oft noch ziemlich trocken sind. Eine solche Wand bietet ein ganz ähnliches Bild wie ein teilweis beschlagenes Fenster, in dem ja auch der Niederschlag am untersten Abschnitt beginnt. In der Tat sehe ich die Erklärung in dem Obwalten ganz ähnlichen Entstehungsbedingungen: An der kalten Fensterscheibe kühlt sich die Zimmerluft ab, fließt an der Scheibe herab und nähert sich dabei immer mehr ihrem Sättigungspunkt. Am untersten Teil der Scheibe kommt es deshalb zuerst zur Taubildung. Auch die feuchte Wand hat wie das Fenster eine sehr niedrige Temperatur. Auch an ihr fließt die wasserdampfbeladene Luft herab und verhindert sich sättigend die untersten Wandpartien ihre Feuchtigkeit an die Luft abzugeben.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Bemerkungen zur Technik des Nachweises von okkultem Blut mittels der Guajak-Reaktion. Von Privatdozent Dr. H. Zoeppritz, Assistenzarzt der chirurgischen Klinik zu Kiel. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 4.

Wenn man die Ergebnisse der zahlreichen Arbeiten, die sich mit der Frage des okkulten Blutnachweises im Stuhl und Mageninhalt beschäftigen, miteinander vergleicht, so stößt man auf bedeutende Differenzen, die vorwiegend den Grund bilden, daß seit der Publikation von Boas vor 10 Jahren noch keine Einigung über den diagnostischen Wert des okkulten Blutnachweises erzielt worden ist. Diese Verschiedenheit der Prüfungsergebnisse auf okkultes Blut findet man nicht nur auf klinischem Gebiet, sondern auch auf forensischem; die gemeinsame Ursache dafür liegt ohne Zweifel in technischen Fehlern bei Anstellung der Probe. Verfasser geht nun in längeren Ausführungen diesen Fehlerquellen nach, glaubt, daß sich diese Fehler bei einiger Aufmerksamkeit und Uebung sämtlich vermeiden lassen und zeigt, wie man denselben begegnen kann. Näheres im Original. Dr. Waibel-Kempten.

Ueber Prüfung und Eichung des Sahlischen Haemometers und über Verbesserungen der Methoden der Erythrozytenzählung und Hämoglobinbestimmung. Von Prof. Bürker in Tübingen. Münchener medizinische Wochenschrift; 1912, Nr. 1 und 2.

Verfasser hat in den letzten Jahren bei einer eingehenden Bearbeitung der Methoden zur Gewinnung, sowie zur qualitativen und quantitativen Bestimmung des Hämoglobins und bei längere Zeit durchgeführten Versuchen über die physiologischen Wirkungen des Höhenklimas auf das Blut eine Reihe von Erfahrungen sammeln können, welche zu einer weiteren Verbesserung der Methode der Hämoglobinbestimmung und Erythrozytenzählung geführt haben; dazu kam noch neuerdings eine genaue Prüfung des Sahlischen Hämometers, verbunden mit Eichung desselben auf absolute Hämoglobinwerte.

Bezüglich der Untersuchungsmethoden und der Untersuchungsergebnisse werden Interessenten auf die äußerst inhaltsreichen und interessanten Originalausführungen verwiesen, da sich diese nicht gut für ein Referat eignen.

Dr. Waibel-Kempten.

Ueber eine Methode zur direkten Untersuchung der Spermatozoen auf Zeugflecken. Von Dr. Brunetto Baecchi. (Inst. f. ger. Medizin, Parma, Dir.: Prof. Ferrai.) Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin; 1912, 3. F., 43. Bd., 1. H., S. 1.

Verfasser hat seine bereits in dieser Zeischrift (1909, S. 846) erwähnte Methode weiter ausgebildet und empfiehlt jetzt folgendes Rezept:

1. Färbung eines ca. 1 qcm großen Stückes des befleckten Stoffes — $^1/_2$ bis 1 Minute lang in einer der folgenden Lösungen: 1 % Säurefuchsin oder Methylblau: 1 Teil, salzsaures Wasser (1 : 100): 40 Teile oder 1 % Säurefuchsin, 1 % Methylblau aa: 1 Teil, salzsaures Wasser (1 : 100): 40 Teile.
2. Abwaschen in salzsaurem Wasser (1 : 100).
3. Trocknen an der Luft oder Entwässern in absolutem Alkohol.
4. Aufhellen in Lysol auf dem Objektträger, Einbettung nach Belieben.

Bei nicht frischen Flecken sind die Stoffe je nach dem Falle $^1/_2$ Stunde bis 24 Stunden in 20—30 % Ammoniak zu bringen und vor der Färbung in destilliertem Wasser abzuspülen. (Ref. hat in einem sehr schwierigen Untersuchungsfalle mit diesem Verfahren die positive Entscheidung bringen können, da die Resultate noch deutlicher waren, als mit dem nach Corin und Stockis, alle anderen Methoden aber versagten.) Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Ueber gleichzeitige Schwangerschaft in beiden Eileitern. Aus dem israelitischen Krankenheim in Berlin. Von Dr. med. Georg Davidsohn in Charlottenburg. Münchener med. Wochenschrift; 1912 Nr. 3.

Die Kombination von Zwillingsschwangerschaft und extrauteriner Fruchtentwicklung läßt in Hinsicht auf den Sitz der Zwillinge drei Möglichkeiten zu. Zur ersten Gruppe gehören diejenigen Fälle, bei denen sich neben einer Intrauteringravidität zugleich Schwangerschaft einer Tube findet. Weit seltener ist die zweite Gruppe mit dem Sitz beider Eier in ein und derselben Tube, und als größte Seltenheit müssen die Fälle der dritten Gruppe betrachtet werden, bei denen beide Tuben an der Zwillingsschwangerschaft beteiligt sind, derart also, daß es zur Ansiedelung je eines Eies in einem Eileiter kommt. Verfasser berichtet über eine Beobachtung, die einen in jeder Beziehung einwandfreien Fall von gleichzeitiger und gleichaltriger Schwangerschaft in beiden Eileitern darstellt, unter Mitteilung von Krankengeschichte und Obduktionsbefund; er geht dann noch näher auf einzelne praktische Folgerungen ein, die sich aus dem vorliegenden Falle ergeben. Dr. Waibel-Kempten.

Ueber die Wirkung des Methylalkohols. Von Nervenarzt Dr. Rudolf Förster in Berlin. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 5.

Die Methylalkoholvergiftung ist im Auslande, besonders in Rußland, Ungarn und Amerika sehr bekannt; es gleichen die diesbezüglichen Erkrankungen in der Art ihres Auftretens durchaus den jüngsten Berliner Erkrankungen, insofern auch dort die Erkrankungen in Schüben erfolgten und, wie in Berlin, ein großer Prozentsatz von Menschen, die von dem

Alkohol getrunken hatten, völlig beschwerdefrei blieb, während andere, die zum Teil angeblich weniger davon getrunken hatten, tödlich erkrankten.

Verfasser geht dann näher auf die in der Literatur niedergelegten Beobachtungen und Untersuchungen über Symptome, Verlauf, Prognose und Therapie, kurz über Wesen und Wirkung der Methylalkoholvergiftung ein und betont dabei insbesondere, daß alle Hypothesen die Angaben mehrerer Autoren unerklärt lassen, wonach derselbe Stoff bei einem hohen Prozentsatze von Menschen die schwersten Erscheinungen hervorruft, von anderen ohne jede Beschwerde ertragen wird. Sind die Angaben der ungleichen Wirkung richtig, so muß man annehmen, daß es Eigenschaften oder Zustände der betreffenden Menschen sind, die den Methylalkohol verschieden wirken lassen. Abgesehen von der besonders von Kobert angenommenen Idiosynkrasie spielt bei der Alkoholaufnahme der Zustand des Verdauungskanals zweifellos eine Rolle. Auch wäre möglich, daß die Vergiftung durch eine Umwandlung des Methylalkohols im Körper zustande kommt, daß der Eintritt dieser Umwandlung aber an gewisse anderweitige Vorgänge gebunden ist. Verfasser verbreitet sich dann noch über die vielgestaltige Verwendung des Methylalkohols und über die Prophylaxe; er hebt dabei besonders hervor, daß derselbe hauptsächlich als Denaturierungsmittel für Spiritus und im übrigen in amerikanischen Marmeladen, in Firniß, Bayrum, Pfefferminzessenz, Krätzbalsam, zur Herstellung mancher Anilinfarben in Verwendung kommt. Wegen der Unmöglichkeit, harmlosen Methylalkohol von giftigem zu unterscheiden, ist auf tunlichste Einschränkung der Verwendung dieses Stoffes hinzuwirken. Die Bekämpfung von Methylalkoholvergiftungen ist insofern viel weniger schwierig, als die des Botulismus, an den bei der Berliner Vergiftung anfangs gedacht wurde, da bei Botulismus Verschleppung der verkauften Waren in die einzelnen Haushaltungen näher liegt. Bei den Berliner Methylalkoholvergiftungen wurde das Gift gleich nach dem Empfang von den Obdachlosen konsumiert. Da in den Teilen der Verstorbenen sich noch Methylalkohol fand, die Erkrankung aber etwa 48 bis 72 Stunden nach der Aufnahme des Mittels auftrat, so kreist der Methylalkohol jedenfalls länger als beispielsweise Aethylalkohol im Körper, was für die Bewertung der Anamnese für die Diagnose wichtig ist. Dr. Waibel-Kempten.

Ueber die in der Weihnachtszeit 1911 in Berlin vorgekommenen Massenvergiftungen. Von Dr. Stadelmann und Dr. A. Magnus-Levy. Berliner klin. Wochenschrift; 1912, Nr. 5.

Nach einem Vortrage in der Berliner medizinischen Gesellschaft geben die Verfasser einen Ueberblick über ihre reichhaltigen Beobachtungen an den erkrankten Asylisten. Unter den klinischen Symptomen war am charakteristischsten der Augenbefund: sehr erweiterte und reaktionslose Pupille, geschwächte Akkomodation, gleichzeitige Angaben der Kranken über Flimmern und Sehstörungen. Trat zu den Augenstörungen Dyspnoe, so handelte es sich ausnahmslos um schwerere Fälle, die oft nach ganz kurzer Zeit letal endeten. Die Patienten waren vielfach benommen und zeigten oft ausgeprägte Amnesie. Die Erscheinungen von seiten des Magen-Darmkanals waren recht wechselnd und nicht charakteristisch.

Die Ausbreitung der Erkrankungen, das Verschontbleiben des weiblichen Teils der Asylisten führten die Verfasser schon früh zu der Annahme, daß es sich weder um eine Infektion, noch um eine Vergiftung durch Räucherwaren handeln konnte. Einzelheiten sind hinreichend aus den Tageszeitungen bekannt. Daß Methylalkohol resp. Methylsprit die Ursache der Erkrankungen war, ist heute erwiesen. Auffallend ist bei diesen Methylerkrankungen einmal die oft recht lange Inkubation, die den Gedanken nahe legt, daß es nicht der Methylalkohol als solcher, sondern seine Abbauprodukte im menschlichen Körper sind, die zur Vergiftung führen. Bemerkenswert ist ferner die außerordentlich schwankende Empfänglichkeit der verschiedenen Menschen für das Gift. Während einige nachweislich schon nach geringen Dosen starben, widerstanden andere ganz erheblich größere Mengen ohne besondere schwere Erscheinungen.

Dr. Meinicke-Hagen i. W.

Die Massenerkrankungen im städtischen Asyl für Obdachlose in Berlin vom 24. bis 30. Dezember in Berlin. Von Dr. Pinkus-Berlin. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 1.

Ausführliche Schilderung der sattsam bekannten Vorgänge im Asyl für Obdachlose in Berlin, die Anfang des Jahres dio gesamte zivilisierte Welt in Spannung hielt. Der erste Todesfall ereignete sich am Weihnachtsabend, zwei weitere vom ersten zum zweiten Feiertag, ohne daß sie weiter beobachtet wurden, da solche plötzliche Todesfälle im Asyl etwas Gewohntes sind. Am Abend des zweiten Feiertages begann aber ein grausiges Sterben, so daß sofort der Gedanke an eine schwere Nahrungsmittelvergiftung auftauchte, zumal bei den Kranken sofort die großen lichtstarren Pupillen ins Auge fielen. Der leitende Arzt Dr. Fischer dachte gleich an Erkankung durch vergifteten Schnaps, anderseits deuteten mehrere Krankheitserscheinungen, wie Leibschmerzen usw. auf andere Nahrungsmittelvergiftungen hin, unter denen besonders der Botulismus in Frage kam. So lenkte sich der Verdacht auf die Bücklinge. Später aber änderte sich das Krankheitsbild derartig, daß man auch mit einer schweren Infektionskrankheit und zwar der Cholera rechnen mußte; es wurde deshalb das Asyl abgesperrt, bis sich dieser Verdacht als unbegründet erwiesen hatte. Verfasser schildert dann weiter, wie einerseits durch die Uebereinstimmung des Krankheitsbildes mit dem Botulismus, anderseits auch die Beeinflussung durch die Presse die Diagnose Fischvergiftung immer fester stand, bis dann schließlich die wahre Ursache, Vergiftung durch Methylalkohol festgestellt wurde. Hierfür sprach unter anderem, daß keine Frau erkrankte; diese hatte zu dem fraglichen Lokal keinen Zutritt. Im ganzen erkrankten 173 Personen mit 72 Todesfällen. Den Methylalkohol führte der fragliche Wirt erst seit dem 20. Dezember. Er hatte ihm von einem Drogisten in Charlottenburg bezogen.

In den letzten Tagen finden sich wieder Meldungen über Todesfälle an Methylalkohol in der Tagespresse, die auf die gleiche Quelle zurückgehen sollen (Anm. d. Ref.). Rpd. jun.

Ueber eine akute Benzinvergiftung beim Säugling. Von Dr. Adolf Friedinger in München. Münchner med. Wochenschrift; 1912, Nr. 5.

Bei einem 11 Monat alten schwächlichen Mädchen wurden wegen ekzematöser und akneförmiger Hauterkrankung unter anderem auch Pflasterverbände angewandt, da man nicht den ganzen Körper mit antiseptischen Umschlägen verbinden konnte. Beim Verbandwechsel wurden einzelne Pflasterstücke und Pflasterrückstände mittels Benzin entfernt und dann wieder frische Pflasterverbände gemacht. Bald nach dem Verbandwechsel wurde das Kind auffallend unruhig, bekam Erbrechen und Krämpfe. Am anderen Tag verschlimmerte sich der Zustand des Kindes so, daß es fast moribund erschien. Es bestanden klonische und tonische Krämpfe der Extremitäten-, Hals- und Augenmuskeln, tiefe Einziehung der unteren Thoraxapertur bei starker inspiratorischer Dyspnoe, ferner fortgesetztes Erbrechen der genossenen Milch, Beschleunigung der Herzaktion, anscheinende Temperaturerhöhung. Nach Anwendung von entsprechenden Mitteln (Verbandwechsel, Bädern, Darreichung von Eiweißwasser usw.) besserte sich das Kind allmählich und gedieh später ganz befriedigend.

Verf. glaubt, daß es sich im vorliegenden Falle zweifellos um eine akute Benzinvergiftung gehandelt habe; denn die Intoxikationserscheinungen traten ganz kurze Zeit nach der technischen Verwendung des Benzins auf und zwar in einer für Benzinvergiftung ziemlich charakterischen Weise. Er verbreitet sich dann noch weiter über die Vergiftungserscheinungen des Benzins und ist der Ansicht, daß das Benzin von dem Kinde beim Verdunsten eingeatmet wurde und wahrscheinlich ein Teil des Benzins auch von der damit gereinigten Haut resorbiert worden ist, besonders da die applizierten Pflaster es am Verdunsten hindern mußten.

Der beschriebene Fall lehrt jedenfalls, daß man selbst mit der rein technischen Verwendung des Benzins äußerst vorsichtig sein muß, besonders wenn es sich um Kinder im zarten Lebensalter mit sehr schwacher Konstitution handelt, da hier schon relativ kleine Mengen von eingeatmetem oder von der Haut resorbiertem Benzin die größte Lebensgefahr bringen können.

Dr. Waibel-Kempten.

Vorsicht mit dem Skopolamin. Von Dr. Friedrich Brunner, Chefarzt der chirurgischen Abteilung der Diakonissenanstalt zu Neumünster-Zürich. Münchener med. Wochenschrift; 19:2, Nr. 3.

Verfasser verbreitet sich über seine Erfahrungen mit verschiedenen Nar-

kosemethoden, insbesondere mit der Skopolamin-Pantopon-Narkose und äußert sich im Verlaufe seiner längeren Ausführungen über die Gefährlichkeit der Narkose dahin, daß es zu deren Beurteilung nicht nur auf die Todesfälle, sondern auch auf die Häufigkeit und Gefährlichkeit sonstiger, übler Zufälle, die bei der Narkose auftreten können, ankommt. Und da ist nun der Skopolamin-Morphium- und Skopolamin-Pantopon-Narkose ein Vorkommnis eigentümlich, das sich bei der Inhalationsnarkose nicht in dieser Form findet, d. i. die Lähmung des Atmungszentrums oder nach Gauss die Oligopnoe. Von dieser Atmungslähmung erlebte Verfasser selbst zwei Fälle, die er näher beschreibt. Wir kennen die pharmakodynamische Wirkung des Skopolamins noch sehr wenig, wissen aber sicher, daß Skopolamin und Morphium oder Pantopon das Atmungszentrum lähmen kann. Wahrscheinlich handelt es sich dabei eigentlich um Morphiumwirkung, die durch das Skopolamin nicht etwa — wie mehrfach angenommen wurde — paralysiert, sondern gesteigert wird. Das Gefährliche ist nicht das Morphium an sich, sondern das Skopolamin, das das Morphium erst gefährlich macht. Also Vorsicht vor hohen Morphium- und Pantopondosen bei gleichzeitiger Anwendung von Skopolamin.

Dr. Waibel-Kempten.

Ueber einen Fall von Skopolaminvergiftung. Von Dr. R. Zimmermann, Assistenzarzt der chirurg. Abtlg. des Herzogl. Georgen-Krankenhauses zu Meiningen. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 8.

Ein Mann, der wegen einer rechtsseitigen mobilen Leistenhernie operiert werden sollte, erhielt aus Versehen statt 0,0007 g die zehnfache Menge dieser Dosis, nämlich 0,007 g Skopolamin hydrobr. mit 0,02 g Pantopon um $9^{1}/_{2}$ Uhr vormittags, nachdem ihm eine halbe Stunde vorher 0,02 Pantopon eingespritzt worden war. Nach der 2. Spritze schlief Patient bald ein und bot das Bild eines stark Narkotisierten; ca. $^{3}/_{4}$ Stunden später trat Atemstillstand ein, der ca. 15 Minuten lang die künstliche Atmung erforderte. Außerdem waren noch einzelne Reflexstörungen usw. festzustellen. Bereits nach 1 Stunde zeigten sich schon die ersten Zeichen von Besserung; nachmittags 4 Uhr war Patient völlig orientiert und am nächsten Morgen dauernd frei von Beschwerden. Eine so große Menge von Skopolamin wurde anscheinend bisher noch keinem Menschen einverleibt; daß Patient trotz Verabreichung der siebenfachen Maximaldosis mit dem Leben davon kam, läßt die Mitteilung gerechtfertigt erscheinen. Der Verlauf der Vergiftungserscheinungen beweist, daß die toxische Dosis überschritten war; denn ohne künstliche Atmung wäre wohl unzweifelhaft der Tod des kräftigen Mannes durch Atemstillstand erfolgt. Auffallend ist der Mangel an sonstigen erheblicheren Vergiftungserscheinungen.

Dr. Waibel-Kempten.

Einige klinische und gerichtlich-medizinische Besonderheiten der Pilzvergiftung („intoxication phallinienne"). Von Fernand Guéguen. Comptes rendus de la soc. de biol.; 1912, LXXII, Nr. 5.

Vergiftungen durch Amanita phalloides sind in jüngster Zeit vorgekommen: im Quartier St.-Jacques in Paris 9 Fälle mit 2 Todesfällen; in Trévoux (Ain) 23 (9); in Lamalon-les-Bains (Hérault) 2 (1).

Während man gewöhnlich die Inkubationszeit auf 10, 12, 14 Stunden ansetzt, war bei einer Reihe jetzt geheilter Kranken diese Periode nur 3—4 Stunden. Die Leute hatten den Pilz nicht selbst genossen, sondern nur die Brühe, in der das Gift teilweise gelöst war. Sobald es einmal in den Magen gekommen, konnte es sich rasch im Organismus verbreiten. Die neueren Arbeiten von Radais und Sartory (1911) zeigen, daß die größere Menge des Giftes energisch von den Geweben der Amanita zurückbehalten wird; sie lassen es nur schwer diffundieren. Daher die lange Inkubationsdauer nach Genuß des Pilzes selbst, und der späte Eintritt des Todes: nach 4, 5 Tagen und später. — Je früher die ersten Symptome auftreten, um so günstiger ist die Prognose. Da der Pilz auch im Darmkanal des Menschen noch lange nach seinem Eintritt Gifte in Lösung gelangen läßt, müssen Pilzfragmente durch stärkste Abführmittel und die Enteroklyse entfernt werden.

Den Magendarmstörungen folgen nach mehreren Stunden, als Vorläufer des letalen Ausgangs, Störungen der Atmung und des Kreislaufs. Um der

durch die Amanite erzeugten Haemolyse vorzubeugen, ist daher wiederholte intravenöse Injektion großer Dosen physiologischer NaCl Läsung notwendig.

Während man sonst bei der Pilzvergiftung — durch den Fliegenpilz und die „Fausse Oronge" — halluzinatorische Störungen beobachtet, waren bei allen Kranken des Quartier St.-Jacques und fast allen von Trevoux Schädigungen des Sehvermögens anderer Art zu beobachten. Die Kranken klagten über „eine Wolke, einen Nebel vor den Augen".

Zum Nachweis der durch das Phallin erzeugten Haemolyse empfiehlt der Autor Blutkörperchenzählungen in regelmäßigen Zwischenräumen. Der Nachweis der Haemolyse ist auch für die gerichtliche Medizin wertvoller, als die Untersuchung der Eingeweide. Konstanter Befund beim Menschen war nur eine punktförmige Blutung der Magenschleimhaut, die bei scharfstoffigen Mitteln anderer Art ja ebenfalls angetroffen wird. Darmblutungen, die in den Versuchen allerdings regelmäßig am Tiere sich finden, sind beim Menschen weniger konstant; sie haben keinen größeren diagnostischen Wert, als die Haemorrhagien des Magens. Dr. Mayer-Simmern.

---

1. Feststellung der geringsten tödlichen, toxischen und therapeutischen Chlorbaryumdosen auf subkutanem Wege bei Frosch, Taube und Kaninchen. Von E. Maurel. Aus dem Laboratorium für exp. Medizin der medizin. Fakultät in Toulouse. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII; 1912, Nr. 5.

2. Toxizität des Chlorbaryums bei Injektion in den Liquor cerebrospinalis. Von Jean Camus. Ebenda; Nr. 6.

1. In vielen Kramläden des südlichen Frankreichs wird Chlorbaryum vorrätig gehalten, um bestimmte Krankheiten der Weinrebe zu bekämpfen. So hielt ein Krämer gleichzeitig Chlorbaryum und Glaubersalz feil; in zwei Fällen wurde das Baryumsalz in der Dose des Abführmittels an Stelle des Natriumsulfats abgegeben. Infolge der Verwechselung trat in beiden Fällen der Tod innerhalb einiger Stunden ein. Der Autor gibt eine genaue Geschichte der Anwendung des Baryums in der Medizin, erwähnt die Arbeiten von Trousseau und Pidoux, von Dujardin-Beaumetz und von Pouchet und berichtet über eigene Tierversuche. Aus diesen ergab sich:

a) Beim Frosch kann die sicher tödliche Minimaldose auf 1 g festgesetzt werden. Das Tier überlebt noch bei 0,4 g; toxisch ist das Mittel bei 0,2 g wirksam, therapeutisch bei 0,1 g.

b) Bei der Taube ist die sicher tödliche Dose etwa 0,08 g; toxisch sind die Dosen bei 0,05 g wirksam; therapeutisch bis 0,04 g pro Kilo Körpergewicht.

c) Beim Kaninchen sind die Zahlen 0,05, 0,04—0,03 und 0,02 g pro Kilo.

Sanitätspolizeilich wichtig ist, daß Chlorbaryum zurzeit als Antiseptikum in der Landwirtschaftskunde Frankreichs viel gebraucht wird und infolge der Anwendung großer Quantitäten durch die Winzer eine genaue Kontrolle — nach Abgabe an die Verbraucher — gar nicht möglich ist.

2. Bei Injektion des Chlorbaryums in die Zerebrospinalflüssigkeit von Kaninchen fand sich eine tausendfach stärkere Giftwirkung, als sie Maurel für die subkutan wirkenden Dosen ermittelt hatte. Eine Menge von 1/10 mg für ein 2 kg schweres Kaninchen war tödlich; eine Dose von 1/20 mg sehr toxisch. Das Mittel wirkt auf das Zentralnervensystem außerordentlich energisch ein; es treten bei intravertibraler Injektion furchtbare Krämpfe mit Atemstillstand ein. Dr. Mayer-Simmern.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Die Bedeutung der pathologischen Anatomie des Zentralnervensystems für den Gerichsarzt. Von Prof. Dr. L. Weber, früher in Göttingen, jetzt Direktor der städt. Nervenheilanstalt in Chemnitz. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin; 1912, 43. Bd., 1. H., S. 61.

Die anatomische und histologische Gehirnforschung hat in den letzten Jahrzehnten zu Ergebnissen geführt, die bestimmte gerichtlich-medizinische Fragen manchmal noch zu beantworten gestatten, wo die gewöhnliche Betrachtung im Stich läßt.

Zunächst die Frage, ob im Gehirn die Todesursache zu finden ist.

Hier kann eine genauere Untersuchung der *Zirkulationsverhältnisse* gelegentlich die Aufklärung bringen. *Hyperämie* kann man dann als Ursache des Todes ansehen, wenn sich daneben ausgebreitete *Blutungen* (mikroskopische, in die Lymphscheiden und das benachbarte Gewebe) finden. Besonders in der Rinde, im verlängerten Mark und in dessen Kernen stützen sie die Annahme des akuten Hirntodes (beobachtet bei Status epilepticus, progressiver Paralyse, Hitzschlag, Hautverbrennung). Sie werden gelegentlich zusammen mit Wandveränderungen feinerer Gefäßäste, mit Erweiterungen des perivaskulären Lymphraumes angetroffen, der wiederum mit geformten Elementen, amorphen, eiweißartigen Massen angefüllt sein kann. Für den akuten Charakter dieser Blutungen sprechen ferner zahlreiche, rosenkranzartig längs der Gefäßscheiden aufgereihte Gliakerne.

Von Bedeutung für den akuten Hirntod können Störungen der *Blut- und Liquorzirkulation* des Gehirns durch Verlagerung der pialen Abflußwege des Liquor, chronische Leptomeningitis, Piazysten, Abknickung abnorm inserierender Piavenen durch ein hyperämisch vergrößertes Gehirn werden Alle diese Veränderungen können den normalen Ausgleich von Zirkulationsstörungen hindern.

Die „*Hirnschwellung*“ (*Reinhardt*) wird ermittelt, indem nach sorgfältigem Aufsägen des Schädels der Wasserinhalt von Schädeldach und Schädelbasis (ohne Dura) bestimmt und das Gehirn gewogen wird. Schädelkapazität in ccm und Gehirngewicht in g verhalten sich beim Erwachsenen wie 100 : 90—85. Ist das Hirngewicht wesentlich größer, sinkt die Differenz auf weniger als 10%, so kann man von Hirnschwellung sprechen. — Ein weiteres objektives Zeichen für Hirnvergrößerung ist eine zapfenartige Abschnürung und Vortreibung der Tonsillen des Kleinhirns, die eine Folge der Hineinpressung des vergrößerten Gehirns ins Hinterhauptloch sind. Die Hirnschwellung, die auf verschiedenen pathologischen Prozessen beruhen kann, bedeutet jedenfalls eine schwere Beeinträchtigung der Hirnfunktionen und muß als Todesursache gelten.

Auch das massenhafte Auftreten *lipoider Produkte* in Zellen und Lymphscheiden des Gehirns weist auf eine schwere, eventuell tödliche Erkrankung des Gehirns hin.

Beim Tode nach *Kopftrauma* finden sich gelegentlich degenerative und hyaline Umwandlungen der feineren *Gefäßwände*. Es scheint hierzu aber eine Disposition nötig.

Die nächste Aufgabe, die *anatomische Erkennung der Geisteskrankheiten*, hat ebenfalls einige Fortschritte gemacht. Bei der progressiven Paralyse sind die makroskopischen, bekannten Veränderungen nicht ausreichend, weil sie weder konstant, noch pathognomonisch sind. In einfacher Weise und auch an älterem Material nachweisbar sind dagegen die *Gefäßveränderungen*, die konstant und eigentlich nur noch bei diffuser Hirnlues vorkommen. Hauptsitz ist das Stirnhirn, demnächst das Mark und die tieferen Ganglien. Es handelt sich um die Ausfüllung der perivaskulären Lymphräume mit gewucherten Adventitialzellen, Lymphozyten und vor allem Plasmazellen. Die Veränderungen sind besonders in frischen Fällen von Paralyse wertvoll, wo gröbere Befunde noch fehlen; sie gestatten die Diagnose ohne Kenntnis des klinischen Bildes.

Auch die *Arteriosklerose* des Gehirns läßt sich an der Fibrose der feineren und feinsten Gefäßäste sicher erkennen, die durch ihre Ausbreitung schwere funktionelle Störungen bedingen kann, ohne daß die makroskopisch sichtbaren Arterien verändert oder sichtbare Herderkrankungen vorhanden sind. Das klinische Bild ist bald der progressiven Paralyse, bald der *Korsakowschen* Psychose, aber auch akuten Psychosen ähnlich. Der Prozeß ist aber immer chronisch.

Für die *senile Rückbildung* des Gehirns typisch sind eigenartige Plaques, fettige Entartung der Ganglienzellen und Neurofibrillenbefunde, die aber an forensischem Material schwer nachweisbar und nicht für senile Psychosen beweisend sind. Nur bei Individuen unter dem 60. Jahre berechtigen sie zu Schlüssen auf das Vorhandensein einer präsenilen geistigen Krankheit.

Bei der *Idiotie* lassen sich anatomisch die amaurotische, die mongoloide Idiotie und die tuberöse Sklerose, ferner die auf heriditär-luetischer oder

exogen-traumatischer Basis trennen. Für toxische und funktionelle Psychosen beweisende histologische Befunde sind noch nicht sicher. Bei der Epilepsie lassen sich anatomisch einerseits die „Reizquellen", oft nur mikroskopisch, nachweisen (heriditäre Lues, enzephalo-meningitische Prozesse u. a.), anderseits durch den epileptischen Prozeß selbst bedingte Veränderungen, aus denen auf die Art und Dauer der Krankheit geschlossen werden kann (abnorme Entwicklung des subpialen Gliarandes, Bindegewebszunahme an den feineren Gefäßen, Blutungen, perivaskuläre Gliaanhäufung, Ansammlung von Abbauprodukten).

Die dritte forensische Aufgabe, die anatomische Erkennung einzelner Symptome oder der Verlaufsstadien der Geisteskrankheit ist z. T. durch obige Befunde schon möglich, zum größeren noch ganz Problem. Man hat nach Weber in jedem Falle nach 4 Gruppen von Veränderungen zu fahnden:

1) chronischen, oft angeborenen, die die Disposition zur Psychose bilden (anatomischer Ausdruck des „endogenen" Faktors),
2) akute Veränderungen als Ausdruck der direkt tödlichen, akuten Psychose, besonders in Verbindung mit Befunden der vorigen Art,
3) chronische Veränderungen als Ausdruck der Wirkung des Prozesses, dessen lange Dauer beweisend (Schwund der nervösen Substanz, Gliawucherung usw.),
4) akute Veränderungen als Ausdruck und Wirkung des letzten, letal verlaufenen Prozesses (akute Zellerkrankungen, Abbauvorgänge, Blutungen, Entzündungen an den Blutgefäßen, Zunahme und Zerfall protoplasmatischer Gliastrukturen, akute Hirnschwellung).

Für forensische Aufgaben ganz besonders wichtig sind die chronischen und akuten Gefäßveränderungen wegen ihrer Widerstandsfähigkeit gegen Fäulnis.

Dr. P. Fraenckel.

Ueber gegenseitige Anziehung und Beeinflussung psychopathischer Persönlichkeiten. Von Dr. E. Meyer und Prof. Dr. G. Puppe in Königsberg i. Pr. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1912, 3. F., 43. Bd., Nr. 1, S. 84.

Unter obigem Titel bringen die Verfasser eine ausführliche Darstellung der psychiatrischen Fragen aus dem bekannten Allensteiner Prozeß, in dem sie Gutachter waren. Die interessante Schilderung der Frau von S. und des Herrn von G. auf Grund der Akten und eigener Beobachtung läßt sich leider nicht kurz wiedergeben. Die Frau wird als eine schwer psychisoh Degenerierte mit sehr starken hysterischen Zügen geschildert. v. G. stammte aus einer eigenartigen Familie, zeigte neben sexuellen Abnormitäten eine abnormeHilfsbereitschaft, die als ein pathologischer Betätigungsdrang, eine Art pathologischer Reizhunger zu deuten ist, und neigte zu Uebertreibungen und Renommistereien. Der Versuch, zu helfen, nahm gegenüber Frau v. S. wahnartige Stärke an. Die pathologischen Triebe beider Personen beeinflußten und förderten sich dermaßen, daß die Tat nicht von einem, sondern von zwei pathologischen, zur Einheit verschmolzenen Individuen vollbracht erscheint. Nur eine solche Auffassung erklärt den Allensteiner Mord; er ist das Endprodukt des verhängnisvollen Aufeinanderwirkens zweier geistig abnormer Personen.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Geistige Störungen nach Schlaganfällen und ihre gerichtsärztliche Bedeutung. Von Kreisassistenzarzt Dr. Möller-Saarbrücken. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 3. F., 42. Bd., 2., S. 290.

Als psychische Störungen nach Apoplexien werden erörtert die Geistesschwäche, gestörte Ideenassoziation, die seltenen Wahnideen und Zwangsvorstellungen, die etwas häufigeren Halluzinationen und Illusionen, die fast regelmäßigen Affektstörungen, und die ganz ausnahmsweise beobachteten periodischen Geisteskrankheiten. Nach Schilderung der Schrift- und Sprachstörungen werden die Folgezustände in straf- und zivilrechtlicher Hinsicht gewürdigt, besonders die Testierfähigkeit.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

a. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten im allgemeinen.

Ueber die Rolle der Ueberempfindlichkeit bei der Infektion und Immunität. Aus der med. Klinik und dem hygienisch-bakteriologischen Institut der Universität Erlangen. Von Prof. Dr. Schittenhelm und Prof. Dr. Weichardt. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 2.

Die Verfasser konnten durch ihre Versuche und Ausführungen zeigen, daß der Abbau von Eiweißkörpern eine Reihe von Etappen durchläuft, die teils durch giftige, teils durch ungiftige Produkte charakterisiert sind. Ueber diese Verhältnisse gibt ein von dem Verfasser im Original aufgestelltes Schema einen Ueberblick. Die Verfasser kommen zu folgenden Schlußsätzen:

1. Bei der Aufspaltung verschiedener Proteine können allerhand giftig wirkende Produkte verschiedenster Konstitution entstehen. Ein Teil derselben führt im Tierexperiment zu den gleichen Erscheinungen (Blutdrucksenkung, Krämpfe usw.); eine genaue experimentelle Durchprüfung läßt auch hier Differenzen erkennen. Andere Abbauprodukte wirken direkt entgegengesetzt. Jedenfalls kann danach von einem einheitlichen Anaphylaxiegift keine Rede sein.

2. Parenteraler Abbau ist nicht gleich bedeutend mit Entgiftung. Sogar unter den niedersten Abbaustufen finden sich außerordentliche toxische Substanzen. Bei den höher molekularen Abbaustufen scheint die Kuppelung eine wesentliche Rolle für die Entgiftung zu spielen.

Dr. Waibel-Kempten.

Die Ueberempfindlichkeit und ihre Gefahren. Von San.-Rat Dr. Lenzmann in Duisburg. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1911, Nr. 20.

Es wird eingehend die Entstehung und das Wesen der Serumkrankheit (Anaphylaxie, Allergie, Ueberempfindlichkeit) und ihre Bedeutung für die Praxis besprochen. Man versteht darunter die krankhafte Reaktion des Körpers auf wiederholte Seruminjektionen, wobei stets das Serum derselben Tierart (Pferd) die Gefahr bildet, wogegen es ganz gleichgültig ist, ob es sich zufällig um Diphtherie-, Meningokokken usw. Serum handelt oder gar um ganz einfaches in keiner Weise vorbehandeltes Serum, denn es muß als erwiesen gelten, daß die Wirkung hervorgerufen wird durch den blutfremden Eiweißstoff, den wir dem Kranken mit dem Serum einverleiben. Die Reaktion äußert sich in einer schweren Vergiftung, die dem Patienten sehr gefährlich werden kann. (Große Unruhe, Verwirrtheit, jagender Puls, mühsames Atmen, kalte Extremitäten, Schweißausbruch usw.). Diese Eigentümlichkeit des Körpers derart nach einer ersten Seruminjektion auf eine zweite zu antworten tritt erst 8—10 Tage nach der ersten Injektion auf, dann aber kann der Körper jahrelang in diesem anaphylaktischen Zustande bleiben.

Während wir also bei anderen Vergiftungen eine Gewöhnung des Organismus an das Gift zu beobachten pflegen, tritt hier bei der Eiweißvergiftung gerade das Umgekehrte, nämlich eine Ueberempfindlichkeit, ein. Die ganze Frage aber wäre mit dem Augenblick behoben, wo es gelänge, wirksames Heilserum von verschiedenen Tieren herzustellen.

Zur Vermeidung von unliebsamen Ueberraschungen in der Praxis ist es nun notwendig, daß keinesfalls ein Serum intravenös injiziert wird, wenn wir auf unsere pflichtgemäße Frage erfahren haben, daß Patient schon einmal Serum eingespritzt erhalten hat, da hier die Resorption zu schnell vor sich geht. Jede intravenöse Injektion muß eine erstmalige sein. In den Fällen sogar, in denen der Kranke schon nach der ersten Applikation nach der bekannten Frist von etwa 10 Tagen leichtere Symptome einer Serumkrankheit zeigte (Rötung der Injektionsstelle, angeschwollene Drüsen, Exanthem, Krankheitsgefühl, Fieber), wie es auch vorkommt, wird man zum zweiten Male das Serum nicht einmal mehr intramuskulär, sondern nur subkutan verabfolgen dürfen. Ganz auf die Injektion zu verzichten, ist man aber jedenfalls, zumal bei schwereren Infektionskrankheiten, nicht berechtigt. Dr. Pachnio-Stralsund.

Serumtod infolge von Anaphylaxie. Von Dr. J. Dreyfuhs, prakt. Arzt in Kaiserslautern. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 4.

Verfasser machte am 24. Februar 1907 einem kräftigen Knaben von 7 Jahren eine Einspritzung von Diphtherieserum Nr. III wegen hochgradiger Diphtherie. Der Knabe hatte 6 Wochen vorher Masern und unmittelbar vor der Diphtherie Wasserpocken durchgemacht; er hatte außerdem etwa 1 Jahr vorher prophylaktisch eine Einspritzung von 150 I. E. Höchster Diphtherieheilserum bekommen. Die neue Einspritzung verlief zunächst ohne Zwischenfall. Etwa $1^1/_2$—2 Minuten nach der Einspritzung bekam das Kind Jucken an den Beinen und am Leibe. Dieses Jucken steigerte sich immer mehr, so daß das Kind jammerte. Dann erfolgten rasch hintereinander Erbrechen, klonische Krämpfe der Arme und Beine, Pulslosigkeit an der Radialis, weite und Reaktionslosigkeit der Pupillen, Bewußtlosigkeit. Vom Beginn des Juckens bis hierher vergingen wiederum 2 Minuten, sodann erfolgte nach ungefähr 20 Minuten langsames, trotz künstlicher Atmung lang und oft aussetzendes, stertoröses Atmen, wobei der Puls an der Karotis fühlbar blieb, und dann der Tod. Sektion wurde nicht gestattet.

Verfasser hält sich nach Ausschluß aller anderen Ursachen für berechtigt, diesen Krankheitsfall als eine Folge von Serumüberempfindlichkeit anzusprechen. Dafür spricht, abgesehen von der Mitteilung der Höchster Farbwerke bezüglich tadelloser Beschaffenheit des Serums, besonders das Krankheitsbild, welches ein ausgesprochenes toxisches war (Hautjucken, Erbrechen, Krämpfe etc.)..

Verfasser hat es seit dieser Zeit immer vermieden, eine Einspritzung bei solchen Patienten zu machen, die früher schon einmal Heilserum empfangen hatten. Weiter verlangt Verfasser im Anschluß an einen Vorschlag Lenzmanns, welcher bereits früher auf die Gefahren aufmerksam gemacht hat, die mit wiederholter Anwendung von Serum der gleichen Tierart bei Menschen verbunden sein können, daß für Fälle, wo Menschen früher bereits Pferdeserum einverleibt bekommen haben und wo man gezwungen ist, ihnen zu Heilzwecken erneut Serum einzuspritzen, Serum einer anderen Tierart zur Verfügung sei. Die Verwirklichung dieses Lenzmannschen Vorschlags scheint dem Verfasser nicht zu schwierig, weil man dazu keine so ergiebigen Blutspender wie das Pferd braucht, da es sich ja nur um Ausnahmefälle handelt.

Dr. Waibel-Kempten.

Ueber eine Methode, größere Mengen artfremden Serums bei überempfindlichen Individuen zu injizieren. Von E. Friedberger und S. Mita. Deutsche med. Wochenschrift; 1912, Nr. 5.

Die Verfasser konnten durch eine große Zahl von Tierversuchen feststellen, daß es mit Sicherheit gelingt, Meerschweinchen, die gegen ein Serum überempfindlich gemacht sind, durch ganz langsame intravenöse Injektion des betreffenden Serums vielfache tödliche Dosen ohne jeden Schaden beizubringen. Auf Grund dieser Versuche glauben die Verfasser diese Methode der langsamen intravenösen Injektion des Serums auch für die menschliche Therapie dringend empfehlen zu sollen, da auf diese Weise die Injektion eines Heilserums bei irgendwie empfindlichen Personen gänzlich ungefährlich würde und sich zugleich Serumdosen intravenös einführen ließen, die die Dosen, die man bisher subkutan zu geben wagte, weit übertreffen. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Ist die Idiosynkrasie gegen Arzneistoffe als echte Anaphylaxie aufzufassen? Aus der dermatolog. Universitätsklinik zu Würzburg. Von Dr. Karl Zieler. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 8.

Verfasser kommt auf Grund seiner Beobachtungen und Versuche zu dem Schlusse, „daß bisher kein Beweis dafür vorliegt, daß die Arzneiidiosynkrasie als eine passiv übertragbare Anaphylaxie aufzufassen ist. Die Experimente von Bruck und Klausner zwingen nicht zu dieser Deutung, da ihr anscheinend positiver Ausfall im Sinne einer vorhandenen Anaphylaxie bedingt ist durch ein Zusammenwirken des schädigenden Einflusses des vorher eingespritzen Serums mit der der tödlichen sich nähernden, stark giftig wirkenden Dosis des Medikamentes, wobei das Serum bei vorhandener Arzneiidiosynkrasie stärker schädigend auf Meerschweinchen zu wirken scheint als ohne diese.

Das lassen des Verfassers Versuche, wenn auch weniger ausgesprochen, ebenfalls erkennen, die auf der anderen Seite erweisen, daß die Erscheinungen im Tierversuch bei der von Bruck zuerst gewählten Versuchsanordnung je nach der Wirkung des Medikamentes, auf dem jeweils die Arzneiidiosynkrasie beruht, verschieden sind, ihnen aber vollkommen entsprechen und somit bald den klinischen Symptomen der Anaphylaxie gleichen, bald völlig davon verschieden sind. Die Erscheinungen im Tierversuche sind bei den einzelnen Medikamenten durchaus gleiche, und wenn sie auch bei mit Serum Kranker vorbehandelten Tieren stärker ausgebildet sind als bei nicht vorbehandelten, so sind sie doch davon nicht wesensverschieden. Die Möglichkeit des Nachweises eines spezifischen anaphylaktischen Reaktionskörpers bei bestimmten Formen der Arzneiidosynkrasie ist durch die Mitteilungen von Bruck und Klausner nicht erwiesen, durch des Verfassers Befunde erscheint sie mindestens fraglich."

Dr. Waibel-Kempten.

Ueber Phagozytose und Virulenz. Von Dr. Bürgers-Königsberg i. Pr. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 19.

Die Frage, ob Bakterien durch die Phagozytose vernichtet werden, beantwortet Verfasser bejahend. Wenn der Nachweis dafür bei den Reagensglasversuchen nicht gelinge, so sei dies nicht beweisend, da im Tierkörper die Verhältnisse ganz anders lägen. Man müsse hierzu den Tierversuch heranziehen, an der Hand dessen Verfassser dann nachweist, daß die Bakterien mit fortschreitender Phagozytose tatsächlich vernichtet werden. Je virulenter aber die Bakterien sind, desto widerstandsfähiger zeigen sie sich gegen die Phagozytose und desto schlechter werden sie vernichtet. Sie scheiden dann Stoffe, Aggressine, aus, die die Fähigkeit haben, sowohl die Phagozytose zu hemmen, wie auch die Serumschutzstoffe zu neutralisieren. Rpd. jun.

Ausscheidung der in den Blutkreislauf eingeführten Mikroben durch den Darmkanal. Aus dem Institut Pasteur de Lille. Von M. Breton, L. Bruyant und A. Mezie. Comptes rendus de la soc de biol.; LXXI, 1911, Nr. 34.

Aus den Versuchen der Verfasser an Meerschweinchen mit B. prodigiosus, ferner mit gelber Sarzine und mit dem Tuberkelbacillus ergibt sich:

Bestimmte in den Kreislauf eingeführte Keime werden regelmäßig im Darm und in der Galle der Versuchstiere wieder gefunden. Aehnliches dürfte sich anscheinend auch bei den großen Blutinfektionen (des Menschen) abspielen. Die Hauptrolle bei der Ausscheidung der eingeführten Keime spielen die Gallenwege, in zweiter Linie der Darm. Für diesen lassen sich bestimmte Punkte der Wahl, Praedilektionsstellen, nachweisen; außer dem Duodenum ist die Valvula ileo-coecalis zu nennen. Zwischen der Lokalisation bestimmter pathologischer Prozesse und diesem Locus praedilectionis für die Ausscheidung durch den Verdauungstrakt scheinen Beziehungen zu bestehen.

Für den Tuberkelbacillus bestätigen die Versuche der Verfasser die Angaben von Calmette und Guérin,[1]) die bei vakzinierten und tuberkulösen Tieren eine Ausscheidung des Tuberkelbacillus durch den Darm beobachten konnten. Dr. Mayer-Simmern.

Ueber foetale Infektionskrankheiten und foetale Endocarditis. Von Dr. Bernh. Fischer. Frankfurter Zeitschrift für Pathologie; Bd. VII.

F. gelang es bei einem 6 Wochen alten, an kongenitalem Herzfehler (Aorten- und Mitralstenose) verstorbenen Säugling nachzuweisen, daß die foetale Endocarditis und die vorgefundene Herzmuskelverkalkung mit höchster Wahrscheinlichkeit auf eine 6 Wochen vor der Geburt überstandene Influenzaerkrankung der Mutter zurückzuführen war. — Ausgehend von dieser Beobachtung kommt Fischer auf Grund spekulativer Folgerungen zu Resultaten, von denen nur einige hervorgehoben seien:

Der häufige Fruchttod bei Infektionskrankheiten der Mutter beweist

---

[1]) Vergl. diese Zeitschrift; 1906, S. 806; 1907, S. 163.

noch **nicht** eine spezifische Einwirkung der Infektion auf den Foetus, sondern kann **durch** Veränderungen des mütterlichen Organismus bedingt sein.

Die nachgewiesenermaßen mögliche bakterielle Infektion des Foetus auf plazentarem Weg führt nicht ohne weiteres zu foetalen Organerkrankungen; denn der Foetus besitzt in den ersten Entwicklungsstadien eine offenbar durch Mangel an spezifischen Zellrezeptoren bedingte Immunität gegenüber solchen Infektionen, die gegen Ende des Foetallebens erst allmählich abklingt, sodaß derartige Erkrankungen des Foetus nur in den letzten beiden Monaten der Gravidität und hier relativ garstig auftreten.

Dr. Herm. Merkel-Erlangen.

Ein vereinfachtes billiges Hörrohr zur Verwendung bei ansteckenden Krankheiten. Von Dr. Heinrich Batz in Heilbronn. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 4.

Bei der gewöhnlichen Benutzung und Versorgung unserer Hörrohre bleibt trotz einzelner Vorsichtsmaßregeln eine gewisse Gefahr der Uebertragung von Krankheitserregern bestehen. Diesem dunklen Punkte in der ärztlichen Hygiene zu begegnen, empfiehlt Verfasser ein im Original abgebildetes Hörrohr, welches in Originalschachten von 10 Stück zu 5 Mark von der Firma Julius Hankh in Stuttgart zu beziehen ist. Der billige Preis ermöglicht die hygienische Forderung: Benutzung des Hörrohrs nur bei einem Krankheitsfall und Vernichtung des Instruments nach Ablauf desselben. Dr. Waibel-Kempten.

---

b. Cholera.

Ueber die Differentialdiagnose der choleraähnlichen Vibrionen. Von Dr. Baerthlein. Berliner klinische Wochenschrift; 1912, Nr. 4.

Die Frage nach den choleraähnlichen Vibrionen hat durch die Untersuchungen des Verfassers ein ganz neues Gesicht bekommen. Er fand, daß auf den Elektivnährböden, wie z. B. dem Dieudonnéschen, vielfach als Vibrionen anzusprechende Kolonien wuchsen, die nachher einige Eigentümlichkeiten zeigten, so daß Zweifel an ihrem Vibrionencharakter auftauchten. Das Ausgangsmaterial waren Stühle darmkranker Personen gewesen. Ein genaues Studium dieser Kulturen führte zu dem Ergebnis, daß es sich um Alkaligenesstämme handelte, die gewisse morphologische Eigentümlichkeiten aufwiesen. Verfasser ließ sich daraufhin choleraähnliche Vibrionen von verschiedenen Instituten kommen und stellte durch kulturelle und serologische Untersuchungen fest, daß unter den eingesandten Stämmen mehrere Alkaligeneskulturen waren, die den Namen choleraähnlicher Vibrionen zu unrecht führten. Man wird nach diesen Versuchen mit der Diagnose: choleraähnlicher Vibrionen sehr vorsichtig sein müssen; Verfasser regt mit Recht weitere Untersuchungen auf diesem noch wenig geklärten Gebiet an, die um so wichtiger erscheinen, als seine Stämme ausschließlich von kranken Menschen gezüchtet waren, die an Darmkrankheiten litten. Dr. Meinicke-Hagen i. W.

Cholera- und Paracholeravibrionen. Studien bei Gelegenheit einer Choleraepidemie in Marseille von 1911. Von Orticoni. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXI, 1911, Nr. 36.

Die Studien des Verfassers wurden bei der Choleraepidemie in Marseille im Sommer 1911 ausgeführt. Stuhluntersuchungen auf Choleravibrionen wurden 1500 mal vorgenommen. Zur Prüfung der klinischen Fälle und zur Ermittlung der Keimträger diente ausschließlich Dieudonnéscher Blutagar nach Anreicherung in Peptonwasser.

Im Irrenasyl in Marseille betrug im Durchschnitt die Zahl der Keimträger 2,5 bis 3%; im Frauensiechenhaus allein erreichte dagegen dieser Durchschnitt die Höhe von 20%. Diese Abteilung war mit Trinkwasser versorgt worden, das infiziert und nicht mit Natriumhypochlorit sterilisiert worden war. Der Autor legte sich die Frage vor, ob gesunde Keimträger, von denen man im allgemeinen annimmt, daß sie die Keime ausschließlich durch Kontaktinfektion akquiriert haben, nicht vielleicht doch durch Trinkwasser infiziert worden seien. Die Lebensdauer der Cholerakeime bei den Keimträgern des Irrenasyls betrug 3—5 Tage. Alle diese Träger hatten im Klysma antitoxisches Serum von Salimbeni erhalten.

Auf 1500 Proben fand Orticoni 3 mal einen besonderen Keim, der, für das Meerschweinchen pathogen, vom echten Choleravibrio sich durch das Fehlen der Agglutination und des Pfeifferschen Phaenomens unterschied. Die Kranken, denen er entstammte, waren im Irrenasyl einem choleraähnlichen Leiden erlegen. Der Autor, dessen Untersuchungen von Goeré bestätigt wurden, nahm an, daß es sich um Paracholerakeime handle, die für die Cholera dasselbe bedeuten würden, wie die Paratyphusbazillen für den Typhus; also um pathogene Keime, die mit dem Kochschen Vibrio gemeinsame Eigenschaften haben und wie diese ein chloleriformes Symptomenbild erzeugen.

Dr. Mayer-Simmern.

Ueber den Verlauf der Choleraepidemie in Italien. Von Dr. Marco Almagia-Rom. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 9.

Im Juli 1910 wurden zuerst in Puglie vereinzelte Fälle von Cholera festgestellt, nachdem die Seuche dort schon ungefähr einen Monat herrschte, ohne erkannt zu werden. Sie war trotzdem in ihrer Ausdehnung beschränkt geblieben. Der Weg, wie die Krankheitserreger dorthin gelangt waren, ließ sich nicht mit Sicherheit feststellen, vielleicht durch Zigeuner. Weiter verbreitet wurde die Krankheit hauptsächlich durch die verunreinigten Abzugsgräben; an deren Mündung wird eine Fischart, Sarda, die dort ihre Nahrung findet, gefangen; dieser Fisch wird von den Bewohnern roh gegessen. Als verboten wurde, an den infizierten Stellen zu fischen, nahm die Krankheit ab. Von Puglie aus war dann die Seuche nach Neapel geschleppt worden, wo sie eine große Ausdehnung nahm, so daß zeitweise täglich 100 Todesfälle vorkamen. Hier trug der Beginn der großen Volksfeste und die Unmäßigkeit im Essen und Trinken zur Verbreitung der Seuche bei. Besonders waren es die Austern, die auf die gleiche Weise infiziert wurden, wie die Fische in Puglie; durch Austern wurde auch der erste Fall nach Rom verschleppt, das im übrigen aber fast völlig verschont blieb. Die Durchführung der Bekämpfungsmaßregeln war in Mittelitalien teilweise sehr schwierig, führte aber schließlich doch zu dem gewünschten Erfolg.

Rpd. jun.

---

c. Pocken und Impfung.

Die Diagnose der Pocken. Von Dr. Ricketts.

Da das Buch meines Wissens nicht in deutscher Sprache erschienen ist, dürfte ein etwas ausführlicheres Referat erlaubt sein. Ref. will weniger eine Uebersicht geben, als vielmehr einzelne wichtige Punkte hervorheben.

Bei der Diagnose legt R. den größten Wert auf die Verteilung der Blattern. Die ersten Tafeln zeigen das präzipitierte und massenhafte Aufschießen der Pocken an mechanisch, chemisch oder durch Witterungseinflüsse gereizten Hautstellen; so erzeugen Schröpfkopf, Senfpapier, Vakzinepusteln, Sonnenbrand, rauhe oder reibende Kleidung, Druck von Schuhen, Knöpfen usw. an den beanspruchten Körperstellen eine örtliche Häufung von Blattern. Aus gleichem Grunde häufen sich die Pocken in der Haut über Sehnen, Muskelrändern, Knochen (Fingerknöchel, Malleolen, Ellenbogen usw.); hingegen sind Achselhöhle, Kniekehle, Orbita, Schläfe, Oberschlüsselbeingrube usw. wenig befallen.

Die Verteilung ist in der Regel charakteristisch: Gesicht und Gliedmaßen sind am stärksten befallen. An den Gliedern nimmt die Pustelzahl von den Hand- bezw. Fußgelenken an kopfwärts ab; stets ist die Streckseite stärker befallen als die Beugeseite. Frei bleibt bezw. weniger befallen ist die Hohlhand und Fußsohle; nur bei vielem Stehen zeigt sich auch die Sohle, ebenso bei Handarbeitern entsprechend dem Druck eines Werkzeugstieles die Handfläche stärker betroffen. Am Rumpfe nimmt die Zahl kaudalwärts ab; Brust- und Schulterblattgegend ist stärker befallen als Leib- und Lendengegend.

Weiterhin werden toxämische Ausschläge, toxische Pocken usw. besprochen; ein reiches Material bieten auch 122 beigefügte Tafeln.

Bei der geringen Gelegenheit, die der deutsche Arzt zur Gewinnung praktischer Erfahrungen in der Pockendiagnose hat, empfiehlt sich ein Studium des Buches.

Dr. Wilke-Genthin.

Sind ungeimpfte Personen eine Gefahr für die Gesundheit? Von C. Killick Millard, M. D., D. sc, med. off. of. health, Leicester. Public health; XXIV, 1911, Nr. 9.

Der Autor ist „uneingeschränkter, ausgesprochener Anhänger der Impfung, die die Fähigkeit hat, dem Individuum gewöhnlich auf einige Jahre absoluten Schutz gegen die Pocken zu verleihen und die nach Ablauf dieser Zeit die Schwere einer Pockenerkrankung zu mildern vermag. Um diese Schutzwirkung der Impfung zweifelsfrei öffentlich zu dokumentieren, nahm der Autor vor einigen Jahren während einer Pockenepidemie in Leicester seine Frau und 2 Kinder, — das jüngste ein Säugling — die alle frisch geimpft worden waren, mit in das Pockenhospital und ließ sie am Bette eines Pockenkranken (mit schlecht konfluierenden Pusteln) photographieren. Er glaubt, daß wenig Aerzte ein solches experimentum crucis zum Beweis ihres Vertrauens in die Impfung gewagt hätten.

Erkrankt aber ein vorher Geimpfter doch an den Pocken, nachdem der Impfschutz vorüber ist, so verlaufen diese in so modifizierter Form, daß die Diagnose schwierig ist. In einem solchen Falle verfehlte jüngst in Leicester der behandelnde Arzt die Diagnose. Ein an modifizierten Pocken erkranktes 12 jähriges Mädchen kam in den allgemeinen Krankensaal, Vorsichtsmaßregeln wurden nicht getroffen; nach einigen Wochen waren 30 Pockenfälle zu verzeichnen, die auf den einen Fall zurückgeführt werden mußten. 8 Kranke starben. Jetzt erst wurden die üblichen Maßnahmen — also die Impfung — prompt und energisch ergriffen und die Epidemie erlosch.

Wäre das Mädchen vorher nicht geimpft gewesen, so wären die Pocken deutlicher aufgetreten, die Diagnose wäre gestellt worden und das Kind wäre sofort ins Isolierkrankenhaus gekommen.

Der Autor gibt also zu, daß die Impfung individuellen Schutz verleiht, daß dieser Schutz so oft als nötig erneuert werden kann, daß, wenn die ganze Bevölkerung geimpft und wiedergeimpft werden könnte wie es die Pockenärzte und -Schwestern sind, die Pocken nicht mehr existieren könnten. Eigentümlicherweise aber ist er nicht überzeugt, daß eine allgemeine Impfung in England, selbst wenn sie ausführbar wäre, notwendig wäre; er hält aber bei den vielen ungeimpften Personen, die sich in England finden, einen „übersehenen" Fall für besonders gefährlich, namentlich wenn der Kranke geimpft war, da dann die Pocken in modifizierter Form verlaufen und nicht sicher diagnostiziert werden; trotzdem aber besonders infektiös sein und besonders virulent für andere Personen sein können.

Dr. Mayer-Simmern.

Die Zunahme der Impfbefreiungen in England. Public health; XXIV, 1911, Nr. 11, S. 420.

Im Anschluß an die Arbeit Abels: „Ueber Impfpflicht und Pockenschutz" (Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, 1911, I. Suppl.) dürfte eine Aufstellung von Interesse sein, welche der Praesident des Local Government Board auf eine Anfrage im englischen Unterhause gab.

Die Zahl der Impfbefreiungen betrug 1903 37675, 1904 40461, 1905 44369, 1906 53828, 1907 76709, 1908 160350, 1909 197326.

Die Durchführung der Impfung in England hat sich also auch 1909 wieder wesentlich ungünstiger gestellt. Dr. Mayer-Simmern.

Die Kaninchenimpfung. Von Dr. W. Ponndorf, Vorstand des Großh. Sächs. Impfinstituts zu Weimar. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 7.

Verfasser bespricht zunächst eingehend die Herstellung der Kaninchenlymphe (Lapine) im Großh. Sächs. Impfinstitut und teilt dann mit, daß mit der betr. Lymphe von ihm bei Tausenden von Erst- und Wiederimpfungen dieselben Erfolge erzielt worden sind, wie mit der Vakzine. Er hebt dann weiter die verschiedenen Lichtseiten und Vorteile der Lapineimpfung hervor, berichtet ferner über Variolaübertragung auf das Kaninchen, sowie über die Uebertragung vakzineähnlicher Krankheiten (falsche Kuhpocken, Hühnerpocken) auf das Kaninchen. Zum Schlusse der interessanten. mit vielen Abbildungen versehenen Abhandlung wird eine Kaninchenvakzineepidemie im Impfstalle geschildert.

Dr. Waibel-Kempten.

Die staatliche Lymphanstalt und die Gewinnung tierischer Schutzpockenlymphe in Dresden. Von Dr. Th. Chalybäus, Vorstand der Lymphanstalt. Verlag von Gerhard Kühtmann in Dresden. 1911.

Das mit zahlreichen Abbildungen für die internationale Hygiene-Ausstellung verfaßte Buch gibt an der Hand der Geschichte der Dresdener Anstalt eine allgemein geschichtliche Entwicklung der Impfstoffgewinnung in Deutschland.

Für die Impfärzte hat die Schilderung der Herstellung der Lymphe, des Versandes und der Aufbewahrung sowie der Ursachen der Mißerfolge besonderes Interesse. Dr. Dohrn-Hannover.

---

d. Lepra.

Zur Frage der Ausschleuderung von Leprabazillen bei Erkrankung der Respirationswege. Von Dr. Merian und Dr. Solano-Hamburg. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 10.

Verfasser haben die seiner Zeit von Schaeffer gemachten Angaben über die Ausschleuderung von Leprabazillen nachgeprüft. Im Gegensatz zu Schaeffer, der sehr hohe Ausschleuderungszahlen bekommen hatten, konnten sie bei 7 Patienten weder bei den Sprach-, noch bei den Ausatmungs-, Husten- und Nießversuchen Leprabazillen auf den Objektträgern nachweisen. Die Untersuchung des abgelagerten Zimmerstaubes ergab nur ein einziges Mal die Anwesenheit von Leprabazillen; diese waren nach der Viktoriablau-Safraninfärbung zur Hälfte abgestorben. Verfasser ziehen daraus die Schlußfolgerung, daß bei nur mäßig befallenen Schleimhäuten der oberen Respirationswege die Ausschleuderung der Leprabazillen minimal und die Ansteckungsgefahr daher sehr gering sei. Die Menge der ausgeschleuderten Bazillen sei abhängig von der Stärke der Schleimhautaffektion und der Menge des abgesonderten Speichels. Rpd. jun.

Kann man das Absterben der Leprabazillen im menschlichen Körper nachweisen. Von Prof. Dr. Unna-Hamburg. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 10.

Neben dem veränderten klinischen Verlauf, dem Schwund der klinischen Leprasymptome aus Haut und Schleimhaut kann man durch eine konsequent mikroskopische Kontrolle an exzidierten Hautstückchen sicher nachweisen, daß die Lepra definitiv im Heilen begriffen ist, da man heute in der Viktoriablau-Safranin-Färbung der Bazillen ein untrügliches Zeichen ihres Absterbens besitzt. Danach färben sich die lebenden, noch virulenten Bazillen blau, während die abgestorbenen, nicht mehr virulenten gelb gefärbt sind. Hierdurch läßt sich sehr leicht und einfach der Erfolg der Behandlung kontrollieren. Die Methode hat sich sehr gut bewährt. Rpd. jun.

---

e. Fleckfieber.

Der exanthematische Typhus im Jahre 1910. Von Dr. E. Conseil, Direktor des Gesundheitsamtes in Tunis. Revue d' Hygiène et de Police sanitaire; 1911, Bd. 33, Nr. 10.

Der exanthematische Typhus ist in Tunis eine ausgesprochene Saisonkrankheit. Er wird durch die Nomaden, die im Frühjahr auf die Wanderschaft gehen, verschleppt. Für die Bekämpfung der Krankheit sind deshalb besonders Ueberwachungsstationen für die Karawanen der Nomaden notwendig.

Dr. Dohrn-Hannover.

Untersuchungen über den Typhus exanthematicus in Aegypten. Von Dr. W. Dreyer, Kreis- und Hafenarzt in Bremerhaven, früher in Kairo. Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene; 1911, Nr. 10.

Es gelang durch Verimpfung von Blut, das einem Flecktyphuskranken entnommen war, beim Affen Krankheitserscheinungen hervorzurufen. Bei der weiteren Verimpfung filtrierten Blutes erkrankten die Tiere nicht, während Kontrolltiere am gleichen Tage und in typischer Weise krank wurden. Das Virus des Flecktyphus wird demnach durch Filter zurückgehalten.

Die Uebertragbarkeit des Flecktyphus auf Affen eröffnet Aussichten auf weitere Erforschung und Bekämpfungsmöglichkeit dieser bisher noch recht dunkelen Krankheit. Dr. Dohrn-Hannover.

f. Typhus.

Eine neue Platte zur Züchtung von Bakterien der Typhuskoligruppe aus Fäzes. Aus der 1. med. Klinik der Universität München. Von Dr. M. Mandelbaum. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 6.

Verfasser gibt zunächst seine Untersuchungsmethode bekannt und faßt die Ergebnisse seiner Untersuchungen mittels der von ihm präparierten Platte in folgenden Schlußsätzen zusammen:

1. Der vom Verfasser angegebene Milchzucker-Rosolsäure-Blutagar eignet sich gut zur Züchtung von Typhus- bezw. Paratyphusbazillen aus Fäzes.
2. Kolibazillen erscheinen bei durchfallendem Licht grünlich-braun bis schwarz, Typhusbazillen rot.
3. Fast in jedem Falle von Typhus- bezw. Paratyphuserkrankung findet man das Bact. coli hämolyticum in den Fäzes der erkrankten Personen, so daß dessen Vorkommen als differentialdiagnostisches Kriterium eventuell mit herangezogen werden kann. Dr. Waibel-Kempten.

Zur Verwendbarkeit des Typhus- und Paratyphusdiagnostikums (nach Ficker). Von Dr. v. Stenitzer-Wien. Medizinische Klinik; Nr. 18.

Verfasser hat auf Grund gelegentlicher Erfahrungen mit dem käuflichen Diagnostikum nach Ficker alle Präparate einer Vergleichsprüfung unterzogen und dabei festgestellt, daß die einzelnen Präparate durchaus nicht gleichwertig sind. Er fordert daher, daß

1. die Präparate mit einem Fabrikationsdatum versehen sein müssen;
2. sie von seiten der Fabrikationsstelle oder von einem dazu autorisierten staatlichen Institute einer periodischen Ueberprüfung unterworfen werden;
3. daß unbrauchbare Präparate sofort von den Verkaufsstellen eingezogen werden müssen. Rpd. jun.

Zur Hämatologie des Typhus abdominalis. Von Dr. Rotky-Prag. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 14.

Verfasser hat bei einer kleinen Typhusepidemie an 14 Fällen genau das Verhalten der Leukozyten kontrolliert. Die Kranken kamen allerdings erst 8—10 Tage nach Auftreten des Fiebers in klinische Behandlung, so daß die beiden ersten Stadien der Krankheit für die Untersuchung fast ganz ausscheiden mußten. Im allgemeinen war die Leukozytenzahl nicht so tief herabgedrückt, wie es sonst bei Typhus der Fall zu sein pflegt; hieran ist wahrscheinlich aber schuld, daß die Kranken erst nach Eintritt des amphibolen Stadiums in klinische Behandlung kamen.

Der Verlauf der Gesamtleukozytenkurven verhält sich so, daß in der Continua im allgemeinen normale Werte, im amphibolen Stadium subnormale und in der Rekonvaleszenz supernormale Werte zu verzeichnen waren.

Die polynukleären neutrophilen Leukozyten repräsentieren in der Continua normale Werte, im amphibolen Stadium subnormale, in der Rekonvaleszenz meistens normal hohe Werte; nur in 4 Fällen kamen nach der Entfieberung noch subnormale Werte zur Beobachtung.

Die Lymphozyten behalten in der Continua und im amphibolen Stadium ihre normalen Werte und erfahren in der Rekonvaleszenz eine beträchtliche Zunahme, während bisher zuerst ein Absinken und dann ein Ansteigen beobachtet wurde.

Die eosinophilen Leukozyten fehlten, übereinstimmend mit früheren Untersuchungen, zunächst ganz; erst gegen Ende der Krankheit traten sie wieder auf.

Mit dem Eintritt eines Rezidivs wurde die Zahl der Leukozyten wieder beträchtlich herabgedrückt; prozentuell stiegen dabei die Lymphozyten an, während sich die polynukleären neutrophilen Leukozyten verringern.

Komplikationen nicht typhöser Natur, wie das Auftreten einer Bronchitis oder Otitis usw. waren immer mit einer, wenn auch mäßigen Leukozytose

gepaart, an deren Zustandekommen namentlich ein Anschwellen des absoluten Wertes der Lymphozyten und weniger eine Vermehrung der polynukleären neutrophilen Leukozyten beteiligt war.

Die Erythrozyten und der Hämoglobingehalt zeigten keine Besonderheiten.

Rpd. jun.

Ueber Komplikationen im Verlauf von Typhus abdominalis. Von Dr. F. Klewitz-Cöln. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 29 und 30.

Verfasser berichtet über eine ganze Reihe von selteneren Komplikationen, die im Verlaufe von Typhuserkrankungen beobachtet wurden. Zuerst eine Anzahl von Abszessen, so ein Lungenabszeß, multiple Nierenabszesse, ein Abszeß am Ellenbogen, ein weiterer am Bauch und eine Mundbodenphegmone; in allen diesen Fällen wurden in dem Eiter Typhusbazillen nachgewiesen. In zwei weiteren Fällen fand sich je ein Abszeß im linken Musc. deltoideus und am rechten Oberschenkel; in diesen Fällen konnten nur Staphylokokken bezw. Streptokokken nachgewiesen werden. Ferner wurde beobachtet je ein Fall von Osteoperiostitis am Oberschenkel, von Osteomyelitis des Unterkiefers, von Haemoptoe, Pleuritis exsudativa, eitriger Pleuritis, Meningismus, Ataxie und Incontinentia vesicae, Stauungpapille, Striae patellares und multipler Perforationen mit typhöser Appendicitis. In dem Exsudat der Pleuritis exsudativa wurden Typhusbazillen nachgewiesen, bei den anderen Fällen in den entsprechenden Exsudaten nicht.

Rpd. jun.

Typhusbazillenträgerin in einem Erziehungsinstitut. Von Krankenhausarzt Dr. Karl Bernhuber in Passau. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 7.

Im Februar 1911 kamen gleichzeitig 3 Patienten aus einem Knabenerziehungsinstitute in Passau in das städtische Krankenhaus daselbst. Kurz vor ihrer Verbringung ins Krankenhaus wurde bei diesen Patienten die klinische Diagnose auf Typhus gestellt und diese Diagnose durch das positive Ergebnis der Blut-, Stuhl- und Harnuntersuchungen in der K. bakteriol. Untersuchungsanstalt in München bestätigt, Ein vierter, anfangs Februar erkrankter Patient war, nachdem er sich im Institut wieder leidlich gut erholt hatte, behufs völliger Genesung nach Hause gereist, wurde dortselbst rückfällig und machte ebenfalls einen klinisch und bakteriologisch festgestellten Typhus durch. Zwei weitere Knaben erkrankten erst nach dem Verlassen des Instituts in ihrer Heimat an Typhus.

Die Häufung dieser Typhuserkrankungen gab Veranlassung, ihrer Ursache nachzugehen; dabei stellte sich dann endgültig heraus, daß die Köchin des Instituts, die vor 22 Jahren einen schweren Typhus mit Darmblutungen durchgemacht hatte und später an Gelbsucht litt, als Bazillenträgerin angesehen und als Infektionsquelle für die seit Jahren im Institut vorkommenden Typhuserkrankungen bezeichnet werden mußte.

Diese Beobachtung lehrt, wie Verfasser am Schlusse seiner theoretisch und praktisch hoch interessanten Arbeit bemerkt, fast wie ein Schulfall, die Gefährlichkeit von Bazillenträgern, besonders im Küchenbetriebe. Anderseits zeigt diese Beobachtung auch, daß, wenn es gelingt, für eine epidemische Häufung von bakteriell verursachten Erkrankungen die Quelle in einzelnen Bazillenträgern nachzuweisen, die Bekämpfung sich nicht nur mit großer Sicherheit bezüglich des Enderfolges durchführen läßt, sondern auch mit ganz wesentlich geringeren Kosten, wie früher. Es erwiesen sich nämlich alle mit großen finanziellen Opfern geschaffenen hygienischen Verbesserungen im Institutsgebäude ohne Einfluß auf das Auftreten des Typhus, während die bakteriologische Untersuchung der Ausleerungen des Küchenpersonals binnen weniger Tage und mit Aufwendung ganz unerheblicher Geldmittel die Ursache der jahrelang bestehenden Hausepidemie aufzudecken und damit die Richtpunkte für wirksame Abhilfe zu geben imstande war. Dr Waibel-Kempten.

Ein Fall von 38jähriger Typhusbazillenbeherbergung. Von Dr. J. Philipowicz. Aus der 1. chirurg. Klinik in Wien. Wiener klinische Wochenschrift; 1911, Nr. 52.

Eine 49jährige Frau hatte im 11. Lebensjahre Typhus durchgemacht.

Sie war dauernd gesund, bis sie plötzlich an starken Schmerzen in der Gegend der Gallenblase erkrankte, die einen operativen Eingriff (Cholezystektomie notwendig machten. In der chronisch entzündeten Gallenblase fand sich ein Stein und schleimige Galle. In der Galle wurden Typhusbazillen nachgewiesen. Sie fehlten dagegen im Darminhalt.

Ueber Infektionen in der Umgebung dieser 38 Jahre Typhusbazillen tragenden Frau ist nichts bekannt geworden. Dr. Dohrn-Hannover.

Ueber den Wert der Digitalistherapie bei der Behandlung des Typhus abdominalis. Von Dr. Skutetzky-Prag. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 22.

Bei 93 von im ganzen 495 Typhusfällen wurde, da stark erhöhte Pulsfrequenz, Herzarrhythmie, schwache Spannung und schlechte Füllung des Pulses den Eintritt der gefahrdrohenden, durch die typhöse Infektion bedingten Herzschwäche anzeigten, die Digitalistherapie eingeleitet. 24 gleich 25,5 % von diesen Fällen endeten letal, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß es sich in jedem Fall um eine äußerst schwere Erkrankung handelte. Die gemachten Beobachtungen faßt Verfasser wie folgt zusammen:

1. Digitalis übt auf das durch die typhöse Infektion schwer geschädigte Herz einen günstigen, manchmal direkt lebensrettenden Einfluß aus; ihre Darreichung ist daher unter allen Umständen beim Auftreten von Symptomen der Herzschwäche im Verlaufe des Abdominaltyphus angezeigt.

2. Mit der Darreichung muß invidualisiert werden. Je nach dem Alter, nach dem Allgemeinzustand und der Schwere der Erscheinungen ist mit 1,0 g bezw. 0,5 g pro die zu beginnen, die Dosis jeden folgenden Tag um 0,1 g zu vermindern und die Darreichung so lange fortzusetzen, bis 0,1—0,05 g als Tagesgabe erreicht sind. Tritt die gewünschte Wirkung schon früher ein, dann ist von der weiteren Darreichung abzusehen.

3. Die von v. Jaksch empfohlene Kombination von Digatilis mit kleinen Gaben Aether sulfuricus (20 Tropfen pro Infus) ist bei schweren Fällen, in denen eine raschere und intensivere Wirkung angestrebt wird, indiziert.

4. Stattgehabte Darmblutungen bilden keine absolute Gegenanzeige für die Einleitung der Digitalistherapie, wohl aber ist, besonders bei älteren Individuen, eine gewisse Vorsicht in der Dosierung geboten, da bei suffizientem Herzen neben der kardialen Wirkung der Finfluß der Digitalis auf die Darmgefäße nicht unbedeutend ist und eventuell zu neuen Blutungen Anlaß geben könnte.

5. Bei schwerem Kollaps ist zur Erzielung eines rascheren Eintritts der Wirkung Kampfer, Aether, Strophantis, Koffein und Kochsalzinfusion, sowie eventuell Adrenalin vorzuziehen.

6. Bei Auftreten von Erscheinungen der Kumulation (Uebelkeit, Erbrechen, Durchfall, bedrohliche Arrythmie und Bradykardie) ist mit der Darreichung auszusetzen. Von dem Erbrechen, als Zeichen der Kumulation, sind natürlich die Magenbeschwerden zu unterscheiden, die bei empfindlichen Personen mitunter schon nach der ersten verabreichten Dosis eintreten können. Rpd. jun.

Die Schutzimpfung gegen Typhus. Von Dr. E. Combe. Aus dem Laboratorium für Typhusschutzimpfung in Val de Grace. Revue d'Hygiène et de Police sanitaire; 1911, Bd. 33, Nr. 8.

Verfasser ist ein begeisterter Verehrer der Typhusschutzimpfung, deren Erfolge besonders in den Kolonialarmeen Englands, Deutschlands und Amerikas hervorgetreten sein sollen. Nach den Resultaten in Indien sollen die geimpften Personen 3—5 mal weniger häufig erkrankt sein als die nichtgeimpften Soldaten.

Dr. Dohrn-Hannover.

Beiträge zur Typhusschutzimpfung. Von Dr. Michael Wassermann. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 70, H. 2.

Verfasser hat in Versuchen an Tieren und an Menschen zwei noch nicht völlig klare Punkte in der Frage der Typhusschutzimpfung zu klären versucht. Es sollte einmal festgestellt werden, ob bei der von Kolle als der besten Methode der Schutzimpfung — zwei- bis dreimalige Injektion von bei 60° C. abgetöteten Bazillen — empfohlenen Immunisierungsart die Gefahr der

Anaphylaxie besteht, und es sollte zum anderen festgestellt werden, ob der bei 53° C. abgetötete Impfstoff wirksamer und besser zu verwerten sei, als der bei 60° abgetötete, wie vielfach behauptet wird. Aus den Versuchen des Verfassers, die er auch an vier Assistenten des Instituts für Infektionskrankheiten vornehmen konnte, scheint hervorzugehen, daß die Gefahr der Anaphylaxie nicht besteht. Da bei der Verwendung des bis 53° C. abgetöteten Impfstoffes zum Teil recht unangenehme klinische Erscheinungen, besonders von Seiten des Herzens beobachtet wurden, während bei Verwendung des bei 60° C. abgetöteten Impfstoffes in vielen tausend Fällen ernstere Zwischenfälle nicht beobachtet wurden, so ist letzterer Impfstoff zu benutzen.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

---

g. Paratyphus.

Darmkatarrhe und Paratyphusinfektionen im XIII. (K. W.) Armeekorps. Von Stabsarzt Dr. Bofinger. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1912, Nr. 4.

Bofinger hatte sich die Aufgabe gestellt, durch bakteriologische Untersuchungen die Aetiologie der sog. akuten Darmkatarrhe und Brechdurchfälle, die in der Württembergischen Armee ganz besonders häufig vorkommen, aufzuklären. Innerhalb neun Monaten kamen 160 Stuhlproben von solchen Erkrankungen, die teils in kleineren und größeren Gruppen, teils einzeln aufgetreten waren, zur Untersuchung. In der größten Anzahl der untersuchten Darmkatarrhe und Brechdurchfälle konnten Paratyphus-B-Bazillen, einmal der Gärtnersche Bacillus nachgewiesen werden. Durch entsprechende Agglutinationsprüfungen konnte in einem großen Teil der Fälle der aetiologische Zusammenhang der gefundenen Bakterien mit der Erkrankung nachgewiesen werden. Die Ursache der Erkrankungen sieht der Verfasser in entsprechend infizierten Fleisch- und besonders Wurstwaren. In diesem Sinne werden Vorschläge gemacht zur Verhütung der Infektion durch solche Waren und zur Bekämpfung der Fleischvergiftung im allgemeinen; Uebertragungen durch Kontakt sind bei der Form der akuten Fleischvergiftung, hervorgerufen durch den Paratyphusbacillus, selten. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Ueber eine Massenerkrankung an Darmkatarrhen und Brechdurchfällen. Von Stabsarzt Dr. Bofinger in Stuttgart. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1912, Heft 4.

Die Erkrankung befiel 187 Mann eines Infanterie-Regiments; die meisten erkrankten mit hohem Fieber, Erbrechen und Durchfällen; nach vier Tagen besserte sich der Zustand rasch. In den untersuchten Stühlen wurde Bacillus enteritidis Gärtner nachgewiesen. Dieser wurde auch bei einem in der Küche beschäftigten Manne gefunden, der ebenso wie zwei andere Köche schon vorher und besonders an dem fraglichen Tage an Durchfällen litt. Diese drei Leute zerkleinerten das gekochte Fleisch und konnten es hierbei höchstwahrscheinlich mit Gärtner-Bazillen infizieren. Das zerkleinerte Fleisch mußte zufällig noch vier Stunden warm gehalten werden, so daß die Bakterien sich unter den günstigsten Bedingungen vermehren konnten; Leute, die das Fleisch bald nach dem Kochen bekamen, erkrankten nicht. Ein Versuch zeigte die Schnelligkeit, mit der der Gärtner-Bazillus auf gekochtem Rindfleisch wächst.

Dr. Bernstein-Allenstein.

Praktisches und Therapeutisches zur Frage der bakteriellen Fleischvergiftung. Von Oberarzt Dr. Aumann-Hamburg. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 30.

Im Mai erkrankten in Hamburg insgesamt 30 Personen unter Erscheinungen, die auf eine Nahrungsmittelinfektion schließen ließen. In 2 Familien erkrankten sämtliche 8 Familienmitglieder; die Ueberreste der dort genossenen Speisen gelangten im hygienischen Institut zu Hamburg zur Untersuchung, ebenso das bei zwei Schlachtern beschlagnahmte Fleisch. Es wurde nämlich festgestellt, daß die sämtlichen Personen zu dem Kundenkreis von 2 Schlachtern gehörten, ferner, daß es sich um Fleisch von einer notgeschlachteten Kuh handelte. Es konnten nun sowohl in einem Teile der eingelieferten Fleisch-

proben, als im Stuhl einer der erkrankten Personen Bakterien der Paratyphusgruppe und zwar vom Typus Gärtner nachgewiesen werden. Die Untersuchung wurde dadurch kompliziert und erschwert, daß die auf den Platten gewachsenen Bakterien zunächst keine Beweglichkeit zeigten, noch die Agglutinationsprobe positiv ausfiel. Erst nach 6—9 Tagen trat lebhafte Eigenbewegung ein; auch die Agglutinationsprobe war dann stark positiv.

Verfasser warnt im Anschluß daran vor zu voreiligen Schlüssen. Sind in solchen Fällen gramnegative Stäbchen, die sonst die Merkmale der Bakterien der Paratyphusgruppe tragen, gewonnen, so soll man sie nicht, wenn Unbeweglichkeit vorhanden ist und die Agglutinationsprobe negativ ausfällt, sofort für unverdächtig erklären, sondern noch abwarten. Rpd. jun.

---

h. Ruhr.

Die Ruhr im Städtel-Leubus und allgemeine Betrachtungen über die „Pseudodysenterie der Irren". Von Kreisarzt Dr. Hagemann in Breslau. Klinisches Jahrbuch; 1911, Bd. 25, H. 3.

Die Ruhrerkrankungen in der 650 Betten großen Anstalt waren auf Kontakt-Infektion zurückzuführen. Für die Verhütung der Krankheit empfiehlt H. eine sorgfältige Kontrolle der an Durchfall leidenden Kranken. Von den systematischen Durchsuchungen der Anstaltsinsassen ist kein erheblicher Nutzen zu erwarten, weil bei der schubweisen Ausscheidung der Bazillen ansteckende Kranke nicht mit Sicherheit zu ermitteln sind.

Dr. Dohrn-Hannover.

Die Ruhrepidemie im Standort Metz im Sommer 1910. Von Stabsarzt Dr. Boehncke. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1911, Nr. 20.

Es handelte sich um zwei ätiologisch verschiedene Epidemien. Als Ursache der ersten, die mit wenigen Ausnahmen auf zwei benachbarte Truppenteile beschränkt blieb, wurde der Bacillus Shiga nachgewiesen. Die Ansteckungsquelle war ein Oekonomiehandwerker der einen befallenen Kompagnie, der im Jahre vorher an Shiga-Ruhr erkrankt gewesen war und kurz vor dem Ausbruch der Epidemie 1910 an Leibschmerzen gelitten hatte; er war Bazillenausscheider. Bei der Verbreitung der Krankheit war die Benutzung derselben Latrine von Bedeutung. — Etwas später als diese Epidemie traten bei mehreren auseinander liegenden Truppenteilen in Metz Ruhrerkrankungen auf, bei denen Dysenteriebazillen von Y-Typus gefunden wurden. Für diese Erkrankungen konnte eine einheitliche Ursache nicht festgestellt werden. In der Zivilbevölkerung bestand keine Ruhrepidemie, wohl aber Darmerkrankungen, bei denen in einzelnen Fällen mit Erfolg nach Y-Bazillen gesucht wurde.

Bei den Erkrankten wurden die Ruhrbazillen meistens bereits bei der ersten oder zweiten Stuhlentleerung gefunden; sie verschwanden in den meisten Fällen nach 2—3 Wochen, mitunter erst später. Bei Leuten, deren Stuhl nach der Erkrankung dreimal frei von Ruhrbazillen gefunden worden war, kamen Rückfälle vor, so daß fünfmalige Untersuchung der Stühle verlangt werden mußte.

Die Epidemie wurde durch strenge Absonderung der Erkrankten und der Bazillenträger mit Erfolg bekämpft. In einzelnen Fällen mußte Uebertragung durch Fliegen — von der bakteriologischen Station auf die Krankenzimmer — angenommen werden, eine Annahme, die sich durch Untersuchung gefangener verdächtiger Fliegen mittels der Plattenmethode bestätigen ließ.

Dr. Bernstein-Allenstein.

---

i. Diphtherie.

Eine neue einseitige Doppelfärbungsmethode für die Polkörperchen der Diphtheriebazillen. Von Dr. Marie Raskin. Deutsche mediz. Wochenschrift; 1911, Nr. 51.

Der Verfasserin ist es anscheinend gelungen, das besonders bei massenhaften Untersuchungen etwas umständliche Verfahren der Neisserschen Polkörperchenfärbung zu vereinfachen. Zur Verwendung kommt folgende, jederzeit brauchbare und unbegrenzt haltbare Farbstoffmischung: 5 ccm Acidum aceticum glaciale, 95 ccm Aq. dest., 100 ccm 95proz. Alkohol, 4 ccm einer alten gesättigten wässerigen Methylenblaulösung und 4 ccm Ziehlscher Karbol-

Fuchsinlösung. Die Mischung soll in dieser Schicht auf den Objektträger aufgetragen und durch die Flamme gezogen werden. Nach Abbrennen des Alkohols, das in 8—10 Sekunden geschieht, wird das Präparat nach weiteren 5—6 Sekunden im Wasser abgespült, getrocknet und untersucht. Polkörperchen tiefblau, Stäbchen hellrot. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Ueber die Resorption des Diphtherieantitoxins. Von J. Morgenroth und Richard Levy. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 70, H. 1.

Die Verfasser haben auf Grund von Tierversuchen die bereits für die verschiedensten kristalloiden und kolloiden Lösungen bekannte mangelhafte Resorptionsfähigkeit des Subkutangewebes auch für das Diphtherieantitoxin bewiesen und festgestellt, daß das Muskelgewebe in bezug auf seine Resorptionsfähigkeit der Wirkung einer Injektion in die Blutbahn sehr nahe steht. Bei intramuskulärer Injektion kann schon nach 8 Stunden der Antitoxingehalt des Blutes dem nach intravenöser Injektion sehr nahe kommen. Er beträgt nach 4—5 Stunden das 5—20 fache, nach 7—8 Stunden mindestens das 8—10 fache von dem nach subkutaner Injektion; sogar nach 24 Stunden kann noch ein Verhältnis von 1 : 5 bestehen. Die Verfasser empfehlen auf Grund ihrer Versuche und unter Bezugnahme auf die Angaben von Eckert aus der Heubnerschen Klinik dringend die intramuskulöse Injektion des Heilserums überall da, wo die intravenöse Injektion nicht ausführbar ist. Das Verfahren ist schmerzlos und in der allgemeinen Praxis leicht ausführbar; zur Injektion wird die Streckmuskulatur des Oberschenkels empfohlen.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Bakteriologische Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis bei Diphtherie. Von Dr. William Leede in Hamburg. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 70, H. 1.

Unter 90 Fällen konnte Verfasser nur 8 mal Diphtheriebazillen im Liquor spinalis nachweisen; das Eindringen der Bazillen in den Lumbalkanal erfolgt am häufigsten in den ersten zwei Krankheitswochen und zwar meist nicht lange vor dem Tode. Die Diphtheriebazillen fanden sich im Liquor nur in solchen Fällen, in denen gleichzeitig eine durch sie oder mit anderen Bakterien zusammen verursachte Bakteriämie bestand. In keinem Falle von schwersten, früh oder spät aufgetretenen pestdiphtherischen Lähmungen ließen sich Diphtheriebazillen im Liquor nachweisen. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Die Behandlung postdiphtheritischer Lähmungen durch Heilserum. Von Dr. M. Crohn in Halberstadt. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 2.

Gegen die schweren Lähmungen nach Diphtherie gab es bisher nur ganz unzulängliche Mittel. Angeregt durch die Erfolge von Kohts hat Verfasser in 3 Fällen von postdiphtherischen Lähmungen eine erneute Injektion von 2000 I.-E. des Höchster Heilserums mit solchem Erfolge vorgenommen, daß stets nach der Injektion ein prompter und stetiger Rückgang aller Lähmungen einsetzte. Nach des Verfassers Erfahrung genügt in der Regel diese kleine Dosis Serum, sobald man einen Stillstand im Fortschreiten der Lähmungen oder gar eine leichte Besserung derselben feststellen kann. Dr. Waibel-Kempten.

Erfolgreiche Versuche zur Entkeimung von Diphtherie-Bazillenträgern. Von Prof. Dr. Petruschky-Danzig. Gesundheit; 1912, Nr. 1—2.

Der Verfasser berichtet über seine Entkeimungs-Erfolge bei Diphtherie-Bazillenträgern.

Es wird zunächst die Aufgabe der Krankenhäuser, dann auch der Polikliniken und sachkundiger, bakteriologisch geschulter Aerzte sein, die Entkeimungsversuche ihrer Klientel natürlich im Einverständnis mit den Patienten oder deren Eltern, wenn es sich um Kinder handelt, planmäßig in Angriff zu nehmen und sich durch große Hartnäckigkeit des Bazillenbefundes nicht einschüchtern zu lassen.

Von allergrößter Wichtigkeit wird es in erster Linie sein, die Rekonvaleszenten von Diphtherie so lange unter Beobachtung zu behalten, als sie

noch Keimträger sind. Bleibt der Bazillenbefund sehr hartnäckig, so wird der aktive Entkeimungsversuch zu machen sein.

In zweiter Linie wird es sich empfehlen, bei dem Pflegepersonal der Krankenhäuser, namentlich den Schwestern der Kinderstationen, durchweg die Untersuchung von Halsabstrichen vorzunehmen — wie das auch vielfach geschieht —, um Diphtherie-Keimträger herauszufinden.

Ein gleiches gilt von allen Zugängen der Kinderstationen, unter denen sicher zuweilen Keimträger sind.

Schließlich käme die durch Untersuchung der Schulrekruten sowie die Untersuchung der die Schule wieder besuchenden Rekonvaleszenten aller Art „Halsentzündungen" in Betracht.

Wenn die Keime mit Hilfe gewöhnlicher Gurgelungen in etwa 14 Tagen aus dem Halse der Keimträger nicht verschwinden, so wird an den Entkeimungsversuch mit aktiver Immunisierung zu denken sein, natürlich nicht ohne Einverständnis der Eltern. Dieses dürfte aber zunächst für die Einreibungsmethode unschwer zu erlangen sein. Für die Wiederaufnahme des Schulbesuches wird der negative Ausfall der Hals-Untersuchung jedenfalls als Vorbedingung zu erachten sein.

Was man bei Keimträgern machen kann, um den Körper zur Abstoßung hartnäckiger Parasiten zu befähigen, das kann man natürlich auch versuchen, um der Ansiedlung vorbeugend entgegenzuwirken; das führt zu dem Versuche aktiver Immunisierung gesunder Kinder gegen Diphtherie.

Das Ergebnis der Versuche ermutigt zur Durchführung weiterer Versuche, die Verfasser jetzt vorzugsweise mittels äußerlicher Einreibung in Glyzerin aufgeschwemmter oder mit Lanolinsalbe verriebener abgetöteter Vollbakterien ausführte.

Es scheint auch auf diesem Wege die Verhütung der Dauerausscheidung durch spezifische Behandlung der Frühstadien des Typhus abdominalis möglich zu sein. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Bekämpfung der Diphtherie in Schulen und geschlossenen Anstalten. Von Dr. E. Seligmann. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 70, H. 1.

Die Arbeit ist ein sehr interessanter Beitrag zu der derzeit sehr aktuellen Frage der Diphtheriebekämpfung. Es sind in ihr die Erfahrungen niedergelegt, die während der letzten drei Jahre vom Berliner Städtischen Untersuchungsamt bei der Diphtheriebekämpfung in städtischen Schulen, Säuglings- und Kinderanstalten gesammelt werden konnten. Die Arbeit erhärtet aufs Neue mit der Beweiskraft eines Experimentes die überaus große Bedeutung gesunder Bazillenträger und krank gewesener Dauerausscheider für die epidemiologische Verbreitung der Diphtherie; sie beweist zugleich, daß die Aufspürung und Ausmerzung dieser Keimträger ein sicheres Mittel zur Bekämpfung der epidemischen Diphtherie darstellt, ein Mittel, das sich in Schulen und Erziehungsanstalten bewährt hat und das in Krankenanstalten auch unter recht schweren Bedingungen nicht versagt. Das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchungen weist gebieterisch auf die Notwendigkeit hin, nach abgelaufenen Diphtherieerkrankungen die bakteriologische Schlußuntersuchung obligatorisch zu machen. Dr. R. Mohrmann-Stade.

---

k. Scharlach.

Die Diagnose des Scharlachfiebers. Von John Fortune, M. D., D. P. H., Ass. M. O. H., Ipswich, late Deputy med. suptd., Salford isolation hospitals. Public health; XXIV, 1911, Nr. 12.

Wenn der Arzt zum Studium des Scharlachs ein Handbuch zu Rate zieht, so ist zehn gegen eins zu wetten, daß es sich um die Diagnose handelt und wenn der ganze Artikel sorgfältig durchgearbeitet ist, so ist es wieder nahezu sicher, daß er dem Leser keinerlei Befriedigung bietet. Werden nun noch andere Autoritäten zu Hilfe genommen — vorherrschend ist nachher immer das Gefühl der Enttäuschung. Die Diagnose des Ausschlags bei abendlicher Beleuchtung und Unsauberkeit der kindlichen Haut ist besonders schwer. Leicht ist es allerdings für den Arzt, die Ueberführung ins Krankenhaus auch bei nur verdächtigen Fällen anzuordnen; eine abwartende Politik aber läßt bei den Angehörigen, die sich ja nicht auswärts beschäftigen dürfen und die vor

eigener Erkrankung Angst haben, den Gedanken aufkommen, als ob der Arzt seiner Sache nicht sicher sei — man hört auf, sich seinen Anordnungen zu fügen. Und doch läge es im Interesse der Isolierhospitäler, wenn nur wirklich scharlachkranke Kinder eingeliefert würden.

Handelt es sich aber um Rötelnkranke, erkranken diese nachträglich an Scharlach im Krankenhause und sterben hier daran, so wird der Zweck der Isolierkrankenhäuser, die Verbreitung von übertragbaren Krankheiten zu verhüten, in sein Gegenteil verkehrt. Könnte der Arzt zu Hause den Fall nur 24 Stunden länger behalten, so würde ein solches Hazardspiel viel von seiner Schärfe verlieren.

In Zeiten von Scharlachepidemien wird der Ausschlag mehr als er verdient, zum Range eines diagnostischen Glaubensbekenntnisses erhoben, besonders wenn eine leichte Angina gleichzeitig besteht. Nun kommt aber bei vielen Infektionen oder Toxaemien im Beginn gleichzeitig Mandelschwellung und -Entzündung neben Erythem vor. Nur das gleichzeitige Auftreten der Erdbeerzunge ist für Scharlach pathognomisch. 24 Stunden nachdem man einen suspekten Rachenausschlag zu Gesicht bekommen hat, gibt die Unterscheidung zwischen pelziger („furred") Zunge mit großen, durchscheinenden Papillen und definitivem Verlust des Pelzes den Ausschlag. Tritt alsdann kein Fortschreiten der Zungensymptome auf, spricht alles gegen Scharlach. Das Auftreten zarter, druckempfindlicher Lymphdrüsenschwellungen in bestimmten Gebieten weist auf Röteln hin — oder es handelt sich um die Vierte Krankheit[1]). Wichtig ist auch die Pulsbeschleunigung; Temperatur und Puls sollten bei Epidemien nicht so obenhin abgefertigt werden, wie es gewöhnlich geschieht. In frühen Stadien, wenn Ausschlag und Rachen Verdacht erregen, muß man nach der geschälten („peeled") Zunge sehen, wie denn Dr. Gordon-Monsall darauf hingewiesen hat, daß ein gleichzeitiges Vorkommen dieser Zunge mit einem Exsudat im Rachen fast in jedem Scharlachfall gefunden werden kann.

Röteln sind bei Kindern häufiger als man meint, mit Temperaturen von 101° F. (38,3) und mehr, mit Exsudat im Pharynx und „weißer" Erdbeerzunge vergesellschaftet. Der Ausschlag kann drei Tage lang dauern. Die vorderen Zervikaldrüsen können deutlich vergrößert sein, wie bei Scharlach, nebenbei aber sind auch die anderen Drüsen geschwollen[2]) und die Zunge schält sich nicht. Das sind die Fälle, wo nur eine Verzögerung der Diagnose die Entscheidung bringt. Würde draußen die Diagnose richtig gestellt, so wäre das nicht blos für die Statistik und die Krankenanzeige von Bedeutung; mancher angebliche Scharlachfall würde dann nicht im Krankenhaus einen sog. „Relapse" erleiden, und gar manchmal würde der Diskretion und dem Takt der Krankenhausärzte weniger zugemutet werden als heute, da sie einen einmal gemachten Irrtum des Hausarztes nicht umstoßen wollen.

Charakteristisch für Scharlach sind: 1. Plötzlicher Beginn mit entzündetem Pharynx und Tonsillen. 2. Scharlachausschlag am ersten oder zweiten Tag. 3. Erdbeerzunge, d. h. mit Losstoßung des gequollenen Epithels. 4. Temperatur über 100,0° F. (37,75) und deutliche Pulsbeschleunigung. 2 und 4 dürfen nicht in 48 Stunden abnehmen, 3 muß binnen 96 Stunden deutlich sein.

Da die Arbeit die diagnostischen Merkmale wesentlich eingehender bespricht, als viele unserer Lehrbücher, so schien ein ausführlicher Auszug geboten. Dr. Mayer-Simmern.

Zur Frage der Scharlachnephritis. Von Dr. C. Leede, Assistent der II. medizin. Abteilung des Allgem. Krankenhauses Hamburg-Eppendorf. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 48.

Verfasser kommt auf Grund seiner Beobachtungen und Untersuchungen bei einer größeren Anzahl Scharlachkranken, die zum Teil mit Diphtherieserum behandelt wurden, zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Es scheint wahrscheinlich, daß das Scharlachgift jede Niere mehr oder weniger schädigt, ähnlich wie die Leber (Urobilinurie) und die Kapillaren der

[1]) Diese Zeitschrift; 1910, S. 813.

[2]) Vergl. F. Hamburger und O. Schley: Uebe systematische Lymphdrüsenschwellungen bei Röteln. Münchener med. Wochenschrift; 1909, S. 2509.

Haut (Stauungsversuche). Hierauf weist auch verminderte Widerstandsfähigkeit der Scharlachniere gegen Diphtherieheilserum hin.

2. An sich genügt diese Schädigung der Nieren nicht, um zu einer Scharlachnephritis zu führen; hiezu führt erst eine angeborene Minderwertigkeit des Nierengewebes (familiäres Auftreten, Nierenentzündung beim leichtesten Scharlach), ähnlich wie bei anderen familiär auftretenden Komplikationen (Herzerscheinungen).

3. Die Wassermannsche Reaktion fällt zweimal so oft positiv aus bei Scharlachnephritikern als bei sonstigen Scharlachkindern.

4. Durch die Wassermannsche Reaktion wird möglicherweise eine Schädigung des Stoffwechsels auch eines anderen parenchymatösen Organes offenbart.

5. Die Nephritis als solche spielte keine ursächliche Rolle bei dem Auftreten der positiven Wassermannschen Reaktion.

6. Es ist zurzeit nicht möglich, die Lues in der Aszendenz als Ursache der Minderwertigkeit der Organe nachzuweisen, doch ist die Möglichkeit nicht zu bestreiten. Dr. Waibel-Kempten.

---

l. Masern.

1. Masern und Elementarschulen in England. Von John F. J. Sykes, M. D., D. sc. medical officer of health, St. Pancras. Public health; 1911, XXIV, Nr. 12 (mit 5 Tabellen).

2. Die administrative Kontrolle der Masern in England. Von Dr. G. F. Mc. Cleary, Herausgeber des Public health. Ebenda.

Obwohl Dr. Arthur Newsholme[1]) bereits 1902 mit aller Energie dafür eingetreten war, daß in England die untere Grenze des schulpflichtigen Alters heraufgesetzt wurde, und nicht mehr, wie bisher Kinder unter 5 Jahren zum Schulbesuch gezwungen werden sollten, ist alles beim Alten geblieben. Der deutsche Schularzt Cuntz-Wiesbaden sagte beim 2. Internationalen Kongreß für Schulhygiene, London 1907, vom deutschen Standpunkt aus müsse er seinem Erstaunen und dem Betrübnis Ausdruck geben, daß man in England mit dieser Frage in solcher Ausdehnung zu tun habe. — 1909 erließ das Local Government Board in bezug auf Ausschluß von der Schule bei Masern ein Memorandum, in dem es heißt: Kinder, die an Masern leiden, sollen 4 Wochen der Schule fern bleiben; — in großen Städten und in solchen kleineren Distrikten, in denen die meisten Kinder über 7 Jahre die Masern gehabt haben, schließt man beim Auftreten der Masern in einem Haushalt nur diejenigen Geschwister vom Schulbesuch aus, die die Kleinkinderklasse besuchen und die älteren Kinder, die noch keine Masern hatten. Diese Kinder sollen nun 21 Tage lang vom Beginn der Erkrankung des zuletzt an Masern Erkrankten ausgeschlossen werden.

Die Unterrichts-Abteilung des Londoner Grafschaftsrates ordnete 1909 an: Masernkranke Kinder haben der Schule wenigstens 1 Monat fern zu bleiben, alle jüngeren Kinder desselben Haushaltes bis zu dem Montag, der 2—3 Wochen nach dem Auftreten des letzten Falles folgt. Aeltere Kinder, die die Krankheit hatten, dürfen die Schule besuchen; Kinder, die noch keine Masern hatten, sind auszuschließen bis zu dem 14. Tage nach dem ersten Falle folgenden Montag. Infolge dieser Anordnungen schließt der Amtsarzt alle Kinder unter 5 Jahren, die noch nicht Masern überstanden haben, 4—14 Tage vom Schulbesuche aus. Der Wert dieser Maßnahmen hängt von der Fähigkeit der Eltern, die Diagnose auf Masern zu stellen, ab. Will die Mutter, daß das Kind zur Schule geht, so wird sie manchen früher überstandenen Hautausschlag als Masern ansprechen, der nur ein gewöhnliches Erythem war. C. J. Thomas, damals assistant med. off. (education) des Londoner Grafschaftsrates, hatte 1905 den Rat gegeben, beim Auftreten von Masern in einer Klasse die Mütter zu ersuchen, auf Erkältungen und Schnupfen der Kinder zu achten und beim geringsten Verdacht die Kinder 1—2 Tage der Schule fern zu halten. Nun gibt es aber Masernfälle ohne irgend welche Vorboten hier versagt die Mühe der Mutter und des Lehrers.

Bei den Kleinkinderklassen ist es daher bei der langen Inkubations-

[1]) Diese Zeitschrift; 1903, S. 42.

periode, dem insiduösen Auftreten der Invasionsperiode zu spät, wirksame vorbeugende Maßregeln dann zu treffen, wenn die Masern einmal die Klasse befallen haben. Zeigen sie sich gelegentlich erfolgreich, so treten die Masern etwas später dennoch auf. Die wirksamste Maßregel ist der dauernde Ausschluß der Kinder unter 5 Jahren aus den Kleinkinderklassen der Elementarschulen. Auf 1000 Kinder im Alter von 0—5 Jahren starben in London 1851—1860: 3,89, 1861—1870: 4,18, 1870—1880: 3,65, 1881—1890: 4,74, 1891—1900: 4,82 an Masern. Im letzten Jahrzehnt waren die Zahlen 3,70, 4,42, 3,90, 4,30, 3,19, 3,57, 3,29 und 1908: 2,71 (Jahresbericht des Grafschaftsarztes von London für 1908). Auf eine Million Lebende berechnet starben in London 1861—1870 an Masern 576; hiervon auf 1 Million Kinder im Alter von 0—5 Jahren berechnet: 418, an Scharlach: 1133, an Diphtherie: 179. Im Jahrzehnt 1871—1880: 510 (365), 600, 122; 1881—90: 636 (474), 335, 259 und 1891—1900: 583 (482), 188, 500.

Sykes empfiehlt also Ausschluß der Kinder unter 5 Jahren vom Schulbesuche und die allgemeine Einrichtung von Haushaltungsschulen, um die Mütter zur Erziehung der Kinder besser als bisher auszubilden.

Mc. Cleary kann insofern Sykes nicht vollkommen beistimmen, als die Wohnungen manchmal so unbefriedigend sind, daß die Kinder trotz der Gefahr, zu erkranken, besser in der Schule aufgehoben sind, als zu Hause. Das Consultative committee des Zentralunterrichtsamtes empfiehlt daher die Einführung besonderer „nursery“ Schulen für Kinder von 3—5 Jahren. Uebrigens können die Kinder, die zu Hause ungenügende Verpflegung haben, bei Erkrankungen an Masern in den Krankenhäusern des „Metropolitan Asylums Board“ unentgeltliche Aufnahme finden, wenn der Amtsarzt die Aufnahme befürwortet. Dr. Mayer-Simmern.

---

2. Wohnungshygiene.

Städtebau und Wohnungswesen. Von Geh. Oberbaurat Dr. Stübben. Zeitschrift für Wohnungswesen; Jahrg. X, H. 2—3.

Für die Städtebaukunst unserer Zeit gibt es keine unbedingten Regeln, keine pedantischen Lehrsätze. Es handelt sich darum, die vorhandenen Bedürfnisse mit Geschick und Ueberlegung, mit Takt und künstlerischer Erfindung zu befriedigen. Die Bedürfnisse sind vielerlei. Die Lösung wird deshalb eine mannigfaltige sein müssen. Die Staffelung der Bauordnung veranlaßt die Verschiedenartigkeit des Maßstabes und der Ausbildung der einzelnen Stadtteile. Es ist die Schönheit der Zweckerfüllung, die Schönheit des Notwendigen, die sich überall zeigen muß. Das künstlerische Bestreben, malerische Bilder und architektonische Wirkungen zu erzielen, soll das Werk veredeln, darf aber nicht in Willkürlichkeiten ausarten. Der stellenweise aufgetretenen Uebertreibung des Unregelmäßigen ist bereits die Rückkehr in der Richtung zu einer ruhigeren Regelmäßigkeit gefolgt. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber den Hausschwamm. Von Dr. Wangerin-Königsberg i. Pr. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 41.

Der Hausschwamm ist einer der gefürchtesten Feinde unserer Wohnungen. Durch seine Fähigkeit, auch auf vollständig trockenes Holz überzugreifen, erlangt er eine die allen anderen Hauspilze weit übertreffende Verbreitungsfähigkeit, die zudem noch durch eine enorme Wachstumgeschwindigkeit und eine erstaunliche Lebenszähigkeit begünstigt wird. Schädlich und zerstörend wirkt nur das Ernährungsmyzel, das im Innern des Holzes lebt. Die eigentliche Holzzerstörung wird durch Fermente bewirkt, die von den Myzelien gebildet werden.

Die Schwamminfektion geschieht in erster Linie durch die Neuverwendung von Abbruchsmaterialien aus schwamminfizierten Häusern. Besonders gefährlich ist die Verwendung von Bauschutt zu Zwischenbodenfüllungen. Dann gibt es Zimmerplätze, wo der Hausschwamm bodenständig ist und auf alles dort lagernde Holz übergreift. Ferner kann auch die Infektion bei Wand an Wand gebauten Häusern durch die Mauern hindurch erfolgen.

Zur Bekämpfung ist es notwendig, alles nicht nur das von Myzel infizierte Material, sondern auch das gesunde Holz weit um den Herd herum radikal zu beseitigen. Dann empfiehlt sich Hitzedesinfektion, auch Desinfektion

mit phenol- und kresolhaltigen Mitteln. Das beste Bekämpfungsmittel ist die Vorbeugung durch zweckentsprechende bautechnische Maßnahmen. Rpd. jun.

Die hygienischen Anforderungen an zentrale Heizanlagen. Von Dr. G. Kühl-Kiel. Zeitschrift für Krankenanstalten; 1912, Nr. 4.

Der Verfasser stellt die Bedingungen:

1. daß die Temperatur in den bewohnten Räumen stetig und in keiner Weise abhängig von Witterungseinflüssen ist; sie muß deshalb innerhalb der weitesten Grenzen regulierbar sein;

2. daß sie keinen großen örtlichen Schwankungen ausgesetzt ist; in einer Höhe von 2 m darf sich nur eine Abweichung von höchstens 2 Grad gegenüber der Fußbodenschicht zeigen.

Zur Erreichung dieses idealen Zustandes ist es selbstverständlich erforderlich, daß die Heizkörper der Zentralheizung den Räumen angepaßt sind. Je größer deren Wärmeverlust durch die Umfassungsmauern ist, um so kleiner müssen die Stromkreise, um so größer die Anzahl der Heizkörper gewählt werden. Weit wichtiger ist die Forderung, daß die Güte der Luft durch die Heizkörper nicht verschlechtert wird. Bei der Anlage von Zentralheizungen für Krankenhäuser und Sanatorien soll man die Heizung so einrichten, daß die Räume durch Zirkulation der erwärmten Luft temperiert werden. Die Heizung muß geräuschlos arbeiten. Man muß schließlich von einer Zentralheizanlage die größte Zuverlässigkeit in dauerndem ungestörtem Betriebe fordern. Als Heizsysteme sind die Niederdruckdampfheizung und die Warmwasserheizung zu empfehlen. Erstere hat den Vorzug, billiger zu sein, weil die Heizkörper höher erwärmt werden; letztere ist dagegen hygienisch einwandfreier, weil die üble Zersetzung des Staubes ganz vermieden wird, desgleichen die unangenehme Folge der Wärmestrahlung. Es empfiehlt sich, als Heizkörper zweiteilige Radiatoren zu wählen, deren Glieder einen solchen Abstand besitzen, daß sie leicht zu reinigen sind. Angebracht werden die Heizkörper am praktischsten in den Fensternischen, wofür zwei Gründe sprechen: Einmal mischt sich die aufsteigende warme Luft mit der an den Fensterflächen sich abkühlenden Luft, so daß Zugerscheinungen verhütet werden; sodann geht keine Wandfläche zur Aufstellung der Möbel verloren. Um die Rohre des Heizkörpers von allen Seiten leicht reinigen zu können, muß zwischen ihnen und der Wandfläche ein Zwischenraum von etwa 3 cm bleiben. Für Operationssäle eignen sich am besten einteilige Radiatoren mit weiten Gliederabständen. Was die Einrichtung der mit der Heizung im engen Zusammenhang stehenden Lüftung betrifft, so wird in großen Krankenhäusern und Sanatorien die Luft vorgewärmt und in besonderen Kammern filtriert. Wo aus pekuniären Gründen eine solche Anlage nicht auszuführen ist, bringt man zweckmäßig die Ventilation in den Fensterbrüstungen an und zwar derart, daß die kalte Luft an den in den Fensterbrüstungen aufgestellten Heizkörpern vorbeistreicht und sich dadurch erwärmt. In bezug auf die Gesamtanlage sei zum Schluß noch bemerkt, daß es aus gesundheitlichen Gründen wünschenswert ist, ein besonderes Kesselhaus zu bauen, von dem aus alle Stationen die nötige Wärmezufuhr erhalten. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Macht die Zentralheizung die Luft trocken? Von Dipl.-Ing. G. Recknagel-Berlin. Die Hygiene; 1911, Nr. 13.

Der Verfasser verneint die Frage; er sucht den Hauptgrund in der Ueberheizung bei Zentralheizungsanlagen und der damit verbundenen Wärmestauung. Am sichersten schützen die gut arbeitenden, selbsttätigen Temperaturregler in Verbindung mit den Heizkörperventilen vor einer Ueberwärmung.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Inwiefern vermag die Art der Beheizung unserer Wohnräume den Gesundheitszustand der Bewohner zu beeinflussen. Von Dipl.-Ing. Recknagel-Berlin. Hygiene; 1912, Nr. 1.

Will man auf Zentralheizungen die Wirkungen des Kachelofens erfolgreich übertragen oder dessen Heizmethode übertreffen, so sind folgende Forderungen zu erfüllen:

1. Beheizung der Räume durch strahlende Wärme freistehender Heizkörper im Gegensatz zu der bei Zentralheizungen fast allgemein üblichen, vorwiegenden Erwärmung durch Luftzirkulation.

2. Die Formgebung und Aufstellung der Heizflächen soll derart erfolgen, daß möglichst jeder Teil des Raumes von den Wärmestrahlen getroffen werden kann.

3. Die Temperatur der Heizfläche sei möglichst niedrig.

4. Kann die Aufstellung der Heizkörper nicht an einer Außenwand erfolgen, so wird zweckmäßig ein Teil der Heizfläche unter den Fenstern angeordnet, um kalten Zug zu vermeiden.

5. Der Heizbetrieb erfolge unter Abkühlung der Räume über Nacht, die zweckmäßig durch kräftige Lüftung in den Morgenstunden unterstützt wird. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Der Einfluß der Beheizung der Wohnräume auf den Gesundheitszustand der Bewohner. Von Prof. Chr. Nußbaum-Hannover. Hygiene; 1912, Nr. 3.

Nach seinen langjährigen Beobachtungen und Erfahrungen ist in der Mehrzahl der Wohnstätten der Dauerbetrieb als einer der wesentlichsten Vorzüge der Sammelheizungen und Dauerbrennungen zu betrachten. Er wirkt gleich vorteilhaft auf Wohlbefinden und Wohlbehagen, sobald der Wärmegrad des Raumes angemessen niedrig gehalten wird. Je mehr Wärmeschutz die Umfassungswände bieten, um so niedriger muß die Temperatur der Raumluft liegen. Befinden sich die Heizkörper den Außenwänden nahe, dann übt dies annähernd die gleiche Wirkung. Treten beide Vorteile vereint auf, dann pflegen Wärmegrade der Raumluft von 14 bis 16° C. als angemessen empfunden zu werden. Starke Bestrahlungen und starke Abstrahlungen von Wärme verträgt der menschliche Körper gleich schlecht. Milde Strahlungen sind ihm angenehm und vorteilhaft. Je niedriger der Wärmegrad der Raumluft gehalten werden kann, um so höher bleibt (unter sonst gleichen Umständen) der relative Feuchtigkeitsgehalt der Raumluft, und zwar sowohl unter tags wie während der Nacht. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Verwendung des Steinkohlengases für häusliche und gewerbliche Zwecke. Von Dr. W. Vaubel-Darmstadt. Gesundheit; 1911, Nr. 23.

1. Möglichste Verbilligung des Gaspreises und Einheitspreis für Leucht- und Heizgas. Herabsetzung des Gaspreises für gewerbliche Zwecke, damit auch der Kleingewerbetreibende in der Lage ist, mit dem Großunternehmer zu konkurrieren.

2. Kostenlose Aufstellung von Gasautomaten und kostenlose Installierung von Gaskochern nebst einer Leuchtflamme für die minderbemittelten Klassen.

3. Ausbildung von Knaben und Mädchen event. in den Fortbildungsschulen in der sachgemäßen Behandlung von Gaskochern und Beleuchtungsapparaten. Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

8. Rauch- und Staubbekämpfung. Strassenhygiene.

Ueber die Einwirkung des Rauches auf den Pflanzenwuchs. Von A. G. Ruston. Rauch und Staub; 1912, Nr. 4.

1. Es ist durchaus möglich, die Schadenwirkung der Rauchentwicklung auf die Pflanzen zahlenmäßig darstellen. 2. Die einzelnen Faktoren, die hierbei in Betracht kommen, sind: a) die Rauchwolken vermindern die Dauer und Intensität des für die Pflanzen nötigen Tageslichts; b) der teerhaltige Ruß bedeckt die Blätter und verstopft die Stomata; c) die Anwesenheit von freier Säure in der Luft beeinträchtigt ganz allgemein das Wachstum und die Fruchtbarkeit der Pflanzen; d) die freie Säure schädigt auch den Pflanzenboden, indem sie die Wirksamkeit der Bodenbakterien, vorzüglich der „nitrifizierenden“ beeinträchtigt. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Kraftfahrzeuge und Rauchbelästigung. Von Diplom-Ingenieur Ruff-Berlin. Rauch und Staub; 1912, Nr. 3.

Die Ursachen für mehr oder weniger starke Rauchentwicklung sind bei Kraftfahrzeugen mit Verbrennungsmaschinen so verschiedenartig und wechselnd,

daß die Erfüllung der in der „Anweisung über die Prüfung von Kraftfahrzeugen" aufgestellten Forderung bei der behördlichen Prüfung natürlich noch keine Sicherheit gegen Qualmen für alle Zeit und Ewigkeit gewährleistet; dagegen werden durch die andauernde Ueberwachung und behördliche Aufsicht die Kraftfahrzeugführer mehr wie früher angehalten, auf eine möglichste Verminderung der Rauchentwicklung zu achten und durch die eventuelle Auferlegung neuerlicher behördlicher Prüfung der Fahrzeuge diesbezügliche Fehler oder Vernachlässigung der Schmiervorrichtung ausgeschaltet. Neuerdings ist die Automobilindustrie eifrig bestrebt, die Schmiervorrichtungen so auszubilden, daß zwanghäufig und unter allen Betriebsverhältnissen eine angemessene Oelzufuhr zur Maschine gewährleistet wird. Zur Beurteilung der Rauchentwicklung empfiehlt es sich, alle Betriebszustände herbeizuführen, die sie begünstigen, wie Anfahren und Stillstand, Anfahren auf kleinem Gang nach längerem Leerlauf des Motors u. a. m. Die Entstehung von üblem Geruch durch unvollkommene Verbrennung des Brennstoffes in der Maschine rührt hauptsächlich von einer falschen Einstellung oder einer ungenügenden Regulierbarkeit und Elastizität des Vergasers bei plötzlichen Belastungswechseln her. Auch in dieser Beziehung ist der Automobilindustrie gelungen, durch sorgfältige Durchbildung der automatischen Vergaser wesentliche Verbesserungen zu erzielen. Leider werden diese aber wieder durch die „verbessernde Hand" des Chauffeurs illusorisch gemacht. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Aus der Praxis der Rauchbekämpfung. Von R. Hauser-München. Rauch und Staub; 1912, Nr. 5.

In München wird planmäßig gegen Rauchschädigungen vorgegangen auf Grund einer ortspolizeilichen Vorschrift. Damit dem behördlichen Vorgehen von vornherein der sofort bereit gehaltene Vorwurf wirtschaftlicher Schädigung der Industrie oder bureaukratischer Behandlung erspart bleibt, liegt die Handhabung dieser ortspolizeilichen Vorschrift Technikern ob, und zwar sind im Stadtbauamt in der dem Verfasser unterstellten Abteilung für Heizung und Maschinenbau ein Ingenieur, ein Techniker und zwei Feuerungsaufseher, die zugleich als Lehrheizer dienen, fast ausschließlich mit der Erledigung der anfallenden Aufgaben betraut.

Viererlei Schwierigkeiten sind es, die immer wieder im Kampfe gegen rauchende Industrie und gewerbliche Feuerungsanlagen den endgültigen Erfolg in Frage stellen; sie sind begründet:

1. in der Ueberlastung der Betriebe,
2. in der Verfeuerung eines bestimmten Brennstoffes,
3. in der Heizerfrage,
4. in der Interesselosigkeit mancher Staats- und städtischer Betriebe.

Das nächste Streben aller an der Rauchbekämpfung beteiligten Kreise muß aber sein und bleiben, die Allgemeinheit davon eindringlich zu überzeugen, daß gesundheitliche Schädigungen vorhanden und abgewandt werden müssen, und daß dies fast durchwegs möglich ist ohne wirtschaftliche Schädigung einzelner; erst dann werden dauernde Erfolge zu verzeichnen sein.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Bericht über die Rheinschiffahrts-Rauchkonferenz in Köln am 9. Dezember 1911. Von Dipl.-Ing. v. Pasinski. Rauch und Staub; 1912, Nr. 4.

Die Beschlußfassung über das Gesamtergebnis der Verhandlungen führte zur Einsetzung einer erweiterten Kommission von 15 Mitgliedern. Der Kommission wird die Aufgabe gestellt, positive Vorschläge zu machen und Mindestforderungen über die Abmessungen der Kessel- und Maschinenanlage, über die Anpassung der Maschinenleistungen an die Schleppfähigkeit aufzustellen, sowie sich zur Heizerfrage zu äußern. Der Vorschlag eines Preisausschreibens wurde verworfen. Die großen Firmen sollen sich dann bereit erklären, die von der Kommission vorgeschlagenen Maßnahmen zu erfüllen. Falls aber der gütliche Weg nicht von Erfolg begleitet ist (hierüber ließ der Vorsitzende in seinem Schlußwort keinen Zweifel), müßten polizeiliche Maßnahmen zur Beseitigung der Schädigung ergriffen werden. Die Kommission soll ihre Arbeiten bis 1. Juli 1912 beendet haben. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Staubzählungen mit Hilfe des Aitkenschen Staubzählers. Von Dr. Friese-Dresden. Rauch und Staub; 1912, Nr. 6.

Kann die Methode von Renk genaue Aufsehlüsse über die Herkunft, das Verbleiben, Verhalten und die Schwankungen des Rußgehaltes der Atmosphäre, in neuester Zeit auch über dessen Mengen geben, so ist in zweiter Linie die Aitkensche Staubzählungsmethode am Platze, um über die Erfüllung der Luft mit Staub überhaupt die genauesten Aufschlüsse zu geben. Beide Methoden kombiniert benutzt, ermöglichen es, fast alle Fragen, die sich über Luftstaub und Rußgehalt, der Atmosphäre erstrecken, zu beantworten; dazu bietet noch die Staubzählung nach Aitken den Vorteil, daß nur sehr kleine Luftmengen zur Untersuchung genommen zu werden brauchen, um dennoch recht brauchbare Resultate zu orhalten. Hieraus ergibt sich ein weiterer Vorteil dieser Staubbestimmungsart: man kann in kurzer Zeit eine große Anzahl Untersuchungen hintereinander ausführen; denn nur durch wenige einfache Manipulationen ist der Staubzähler nach einer Bestimmung in die Lage gebracht, zu einer neuen Untersuchung der Luft wieder gebrauchsfähig zu sein.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Moderne „Großstadthygiene" (Bekämpfung der Staubentwicklung). Von Dr. Rasser-Dresden. Hygiene; 1911, Nr. 13.

Zur Bekämpfung der Staubentwicklung auf den Straßen kommen in Betracht: 1. die Asphaltstraße, 2. das Gummipflaster. 3. Leder-Teermakadam (Brouglite). Die verschiedenen Staubbinder (Wasser, Westrumit, Simplizit, Rapididit u. a.), sowie Viehsalz und Teer haben sich nicht bewährt. Besser sollen Epphygrit und Sulfitpech sein. Zum Schluß wendet sich der Verfasser auch gegen die Straßenschleppe und das Ausspucken auf der Straße.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber Straßenstaub in größeren Städten. Von Oberingenieur Klinger-Wien. Städte-Zeitung; 1912, Nr. 19.

Als unvermeidliche Ursachen gelten: die Abreibung der Straßenfläche durch die Räder der Verkehrsmittel, durch die Hufe der Zugtiere und Reitpferde, durch das Schuhwerk der Passanten, dann die Abgänge der die Straßen durchziehenden Tiere, ferner die Rußplage, überhaupt alle einschlägigen natürlichen Vorgänge ohne das Hinzutun der Menschen. Der durch solche unvermeidlichen Ursachen entstehende Staub nennt Verfasser den natürlichen Staub. Als zu vermeidende Ursachen sind alle jene zu nennen, die durch das mehr oder weniger leichtsinnige bezw. sorglose Gebahren der Menschen bedingt sind. Der dadurch entstehende Staub wird vom Verfasser zugeführter Staub genannt. Das Gemisch beider Arten Staubes bildet den Straßenstaub. Als Entstehungsarten des zugeführten Staubes bezeichnet der Verfasser 1. Staub, herrührend von der Beförderung staubender und übelriechender Stoffe; 2. Staub, herrührend von der Bautätigkeit; 3. Demolierungsstaub; 4. Staub, herrührend von weggeworfenen Stoffen und Gegenständen. Auch das Ausspucken und das Tragen der Schleppen kommen in Betracht. Zur Verringerung dieses Staubes kann jeder Großstadtbewohner beitragen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Innenteerung. Von J. Wild-Basel. Der Straßenbau; 1911, Nr. 30—32.

Trotz all der Vorteile der Innenteerung muß doch bemerkt werden, daß sich nach den jetzigen Erfahrungen die Innenteerung nur für Straßen mit nicht allzugroßen Fuhrwerksverkehr eignet. Zur vollständigen Klärung der Teermakadamfrage gehört aber noch eine mehrjährige Beobachtung, bevor abschließende Urteile über diese Pflasterart abgegeben werden können: es wäre, wie schon der II. Internationale Straßenkongreß sich aussprach, sehr wünschenswert, wenn sich noch recht viele Staats- und städtische Behörden dazu entschließen, Versuche mit den erwähnten Verfahren der Innenteerung, der Herstellung von Teermakadamstraßen anzustellen und dabei die in andern Ländern gemachten Erfahrungen zunutze zu ziehen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

4. Wasserversorgung.

Eine einfache Bestimmung des Mineralstoffgehaltes und der Härte von Trink- und Nutzwässern. Von Dr. Wunder in Wolfstein (Pfalz). Münchener med. Wochenschrift; 1911, N. 44.

Verfasser empfiehlt zur Untersuchung von Trinkwasser unter Beigabe einer Abbildung, Beschreibung und Gebrauchsanweisung des von der Firma G. A. Kleinknecht in Erlangen gebrauchsfertig hergestellten Apparates, eine nach seiner Ansicht einfache Methode, die zum Teil auf galvanometrischer Salzbestimmung, zum Teil auf tropfenweiser Zugabe von Lysol besteht. Sie soll eine bequeme Handhabe bieten: 1. zur vorläufigen, immerhin schon ziemlich gründlichen Orientierung über die Reinheit eines unbekannten Wassers; (Salzgehalte von 16 bis 22 T. in 100000 erregen begründete Zweifel an der Zuverlässigkeit zum menschlichen Genuß); 2. zum raschen Nachweis der periodische, einer einmaligen chemischen Analyse naturgemäß gewöhnlich entgehenden Verunreinigungen von Trinkwässern, und dadurch zur Feststellung des geeigneten Zeitpunkts für eine detaillierte chemische Untersuchung, die dann, eventuell in Verbindung mit der bakteriologischen Untersuchung, oft erst das letzte Wort über die Gebrauchsfähigkeit des Trinkwassers zu sprechen haben wird.

Dr. Waibel-Kempten.

Ueber künstliches Grundwasser. Von Kgl. Bauinspektor C. Reichle-Berlin. Der Straßenbau; 1911, Nr. 35—36, 1912, Nr. 1.

1. Fehlt für ein Versorgungsgebiet die Möglichkeit einer ausreichenden Versorgung mit Grundwasser, so empfiehlt es sich, bei der Verwendung von Oberflächenwasser in jedem Fall auch die Möglichkeit einer eventuellen künstlichen Grundwassererzeugung zu prüfen.

2. Die letztere kann bei sachgemäßer Anlage eine größere Betriebssicherheit und einen günstigeren bakteriologischen Effekt als gewöhnliche Sandfilter gewähren; sie bietet aber diesem gegenüber als wesentlichen Vorteil die Möglichkeit der Erzielung einer gleichmäßigen Temperatur des Wassers.

3. Der Wahl bestimmter Schichten für Anreicherungszwecke hat eine sorgfältige Untersuchung derselben, ihres Aufbaues, ihrer Zusammensetzung und ihres Gehaltes an auslaugbaren Stoffen vorauszugehen.

4. Es ist notwendig, daß die Bemessung und Anordnung natürlicher Bodenfilter auf Grund sorgfältiger Vorversuche erfolgt, die dabei gewählten Geschwindigkeiten und Wasserspiegelhöhenlagen dürfen im Betrieb nicht ohne weiteres überschritten werden. Bei der Feststellung des Filtrationseffektes ist mit einer zeitweiligen Störung der Filterhaut bezw. der Eintrittsfilterzone überhaupt zu rechnen. Die Aufenthaltsdauer bezw. der Weg des infiltrierten Wassers von der Versickerungsstelle bis zur Fassungsanlage ist so groß zu bemessen, daß auch bei nicht oder unvollständig eingearbeiteten Filterzonen jederzeit eine gesicherte bakteriologische Reinigung erfolgt.

5. Für die Vorreinigung des zu verwendenden Oberflächenwassers von den ihm etwa anhaftenden Verschmutzteilen dürften sich insbesondere große Aufstaubecken empfehlen.

6. Die Anreicherung braucht nicht nur auf Grundwasserträger aus Sand und Kiesschichten beschränkt zu werden; in bestimmten Fällen dürfen auch geeignete Gesteinsschichten eine künstliche Anreicherung zulassen (künstliches Quellwasser).

7. Anreicherungsanlagen bedürfen wie alle Verfahren zur Reinigung von Oberflächenwasser einer fortlaufenden wissenschaftlichen Kontrolle.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Wasserversorgung kleiner und mittlerer Städte. Von Baurat Schelhaase-Frankfurt a. M. Der Straßenbau; 1911, Nr. 28—30.

Um den Betrieb der Wasserleitung in kleinen und mittleren Städten zu verbilligen, ist der Zusammenschluß mehrerer Gemeinden zu einer Gruppenwasserversorgung empfehlenswert; denn die Kosten der Anlage fallen geringer aus, wenn sie auf mehrere Gemeinden verteilt werden. Sind z. B. Pumpwerke zu errichten, so können diese wirtschaftlicher angelegt und betrieben werden, denn große Pumpwerke arbeiten billiger als kleine. Auch erfordert ein ununterbrochener Betrieb verhältnismäßig weniger Brennstoff und Arbeitskraft als ein

stundenweiser. Bei einem solchen Zusammenschluß ist man ferner in der Lage, die Mittel für sachgemäße Vorarbeiten, Projektierung und Bauleitung aufzubringen. Es sollte auch bei Erweiterung bestehender Anlagen untersucht werden, ob nicht der Mangel an Wasser in einer Gemeinde aus einem Ueberfluß an Wasser in einer anderen Gemeinde gedeckt werden kann. Diese Lösung ist sowohl für die gebende, wie für die nehmende Gemeinde von Vorteil, denn das überschüssige Wasser kann — wenn vielleicht auch mit geringem Nutzen — zu Geld gemacht werden und braucht nicht ungenutzt abzufließen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Betriebsergebnisse des Magdeburger Wasserwerks. Von Prof. Dr. Gärtner-Jena. Gesundheit; 1911, Nr. 24.

Da das Magdeburger Leitungswasser im August 1911 sehr hohen Bakteriengehalt aufwies, hält der Verfasser mindestens zwei Maßnahmen für notwendig:

1. Bei dem jetzigen starken Betrieb mit dem sehr trüben Elbwasser war es erforderlich, die Schnellfilter häufig zu reinigen. Zu Zeiten waren ein Drittel bis die Hälfte Schnellfilter infolge der zahlreichen Reinigungen außer Betrieb. Eine solche Lahmlegung muß unbedingt vermieden werden, dazu ist erforderlich:

a) Eine Vergrößerung der Stufenfilter, die schon jetzt für den gewöhnlichen Betrieb etwas zu klein erscheinen.

b) Sollen die Stufenfilter ihren eigentlichen Zweck, ein gutes Vorfiltrat für die Feinfilter zu liefern erfüllen, so muß ihre Fläche um etwa die Hälfte, also um rund 2000 Quadratmeter, vermehrt werden.

c) Die Feinfilterfläche genügt zurzeit gerade dem Bedürfnis; kann sie vermehrt werden, so ist dies ein zweifelloser Vorteil.

2. Die Forderung des gleichmäßigen Filtrationsbetriebes ist allein dadurch zu erreichen, daß man den Filtrationsbetrieb vollständig unabhängig macht von den Schwankungen des Tagesbedarfes. Sie kann erfüllt werden durch die Einschaltung eines großen, etwa ein Drittel des Tagesbedarfs aufnehmenden Beckens, das also rund 10000 Kubikmeter faßt, und aus dem die Pumpen ihr Wasser schöpfen. Durch die Anlage eines solchen Beckens können die Filter in konstantem Strom und ohne jede Aenderung der Geschwindigkeit ihr Produkt abfließen lassen; es ist zu erwarten, daß dieses Filtrat dann dauernd ein gutes sein wird. Wird für einen gleichmäßigen Pumpenbetrieb durch ein großes Vorschaltbecken für das Reinwasser gesorgt, wird das Filtrat durch Vergrößerung der Stufenfilter und der Schnellsandfilter verbessert, so läßt sich mit Sicherheit erwarten, daß Störungen, wie sie vorgekommen sind, bei einem aufmerksamen Betrieb ganz fortbleiben, besonders, wenn auch die Feinfilterfläche noch um etwas vergrößert wird.

Gegen die hohe Temperatur des Wassers läßt sich leider nichts machen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Besprechungen.

Kurt von Rohrscheidt, Geheimer Regierungsrat: **Gewerbeordnung für das Deutsche Reich** in ihrer neuesten Fassung mit sämtlichen Ausführungsbestimmungen für das Reich und für Preußen, sowie mit dem Kinderschutzgesetz, dem Stellenvermittlergesetz, dem Hausarbeitsgesetz und dem Gewerbegerichtsgesetz. Für den Gebrauch in Preußen erläutert. Zweite Auflage. Erster Band (§§ 1—80): 1051 Seiten Lex.-Oktav. Berlin 1912. Verlag von Franz Vahlen. Preis des ersten Bandes: geheftet 20 M., in Halbfranz gebunden 23 M. (Der zweite Band [Schlußband] wird dem ersten in aller Kürze folgen).

In Nr. 12, Jahrgang 1901 dieser Zeitschrift hat Ref. die erste Auflage dieses großen Kommentars des Deutschen Gewerberechts besprochen. In den inzwischen vergangenen 11 Jahren ist die Deutsche Gewerbegesetzgebung außerordentlich vermehrt und ausgestaltet worden. In dem Vorwort zur zweiten Auflage betont der Verfasser, daß seit der ersten Auflage nicht weniger als etwa 1220 Gesetze, Bundesratsbeschlüsse und Erlasse der Zentralinstanzen, sowie etwa 3400 gerichtliche, verwaltungsgerichtliche und gewerbegerichtliche Entscheidungen auf gewerblichem Gebiete ergangen sind, deren sorgfältigste

Beachtung und Verwertung bei der Umarbeitung notwendig war. Dem entsprechend ist auch der Umfang des Kommentars auf das Doppelte gewachsen, obwohl der Verfasser bei der zweiten Auflage hauptsächlich die preußische Verwaltung im Auge hatte, während er die übrigen Bundesstaaten nur insoweit berücksichtigte, als er die Rechtsprechung sämtlicher außerpreußischen obersten Gerichte und Verwaltungsgerichte in ausgedehnter Weise bei der Bearbeitung verwertet hat.

Der sehr willkommene und bewährte Grundsatz, die zitierten Entscheidungen und Erlasse mit dem Kern-Inhalt im Wortlaut anzuführen und dadurch das Nachschlagen in anderen Gesetz- und Rechtssammlungen unnötig zu machen, ist auch in der zweiten Auflage durchgeführt. In der Tat ist der Kommentar dadurch ein für die Praxis besonders brauchbares Handbuch geworden, das ein schnelles Hindurchfinden durch das gewaltige Material des Gewerberechts ermöglicht.

Die Empfehlung, die Ref. der ersten Auflage mit auf dem Weg gab und die sich in dieser Zeitschrift hauptsächlich an die Medizinalbeamten richtete, kann er für die zweite Auflage nur dringend wiederholen. Die Notwendigkeit der Mitarbeit des Kreisarztes und des Medizinalbeamten überhaupt auf dem Gebiete der Gewerbehygiene tritt immer mehr in den Vordergrund. Der Medizinalbeamte wird aber nur dann in der Lage sein, allen Anforderungen dieser Mitarbeit in ausreichendem Maße gerecht zu werden, wenn er die grundlegenden Gesetzesvorschriften, die Ausführungsbestimmungen und die dazu ergehenden gerichtlichen Entscheidungen kennt und stets zur Hand hat. Das aber ermöglicht der vorliegende Kommentar in vortrefflicher Weise. Er kann als der Grundstock einer ganzen Gewerbebücherei angesehen werden, die in streng wissenschaftlicher Bearbeitung zusammengestellt worden ist.

Der erste Band enthält die §§ 1—80 der G.-O. aus den zugehörigen Anlagen, der zweite Band den Schluß der G.-O. nebst Anlagen, das Kinderschutzgesetz, das Stellenvermittlergesetz, das Hausarbeitsgesetz und das Gewerbegerichtsgesetz, sowie ein ausführliches Sachregister. — Da die Reichsregierung zur Entlastung der G.-O. einzelne Materien abzutrennen und als Sondergesetze herauszubringen beabsichtigt, so ist die Brauchbarkeit des vorliegenden Handbuchs des Gewerberechts für längere Zeit gesichert. — Die noch für später zu erwartenden Gesetze (z. B. Sonntagsruhegesetz und Arbeitskammergesetz) werden dem Hauptwerk als Nachträge nachgegeben. Auch soll nach der Absicht des Herausgebers und Verlegers das ebenfalls von diesen herausgegebene Gewerbearchiv für das Deutsche Reich, das alle Gesetze, Erlasse und Entscheidungen auf gewerblichem Gebiete in Vierteljahrsheften fortlaufend bringt, als eine Fortsetzung und Ergänzung des Kommentars gelten, der dadurch vor dem Veralten geschützt wird.

Die Vorzüge des Rohrscheidtschen Kommentars in der Anlage, Zusammenfassung und wissenschaftlichen Behandlung des großen Materials sichern ihm die Stellung eines grundlegenden Materials auf dem Gebiete des Gewerberechts. Ref. kann ihm nur die weiteste Verbreitung wünschen.

Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich-Berlin.

Prof. Dr. Heim-Erlangen: **Lehrbuch der Bakteriologie,** mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchungsmethoden, Diagnostik und Immunitätslehre. Vierte vollständig umgearbeitete Auflage. Mit 184 Abbildungen im Text und 13 mikrophotographischen Tafeln. Stuttgart 1911. Verlag von Ferdinand Enke. Gr. 8°; 453 S. Preis: geh. 13 M.

Das Lehrbuch ist bereits bei seinen früheren Auflagen in dieser Zeitschrift ausführlichen Besprechungen unterzogen, in denen seine Vorzüge hervorgehoben sind. Bei der neuen Auflage ist sowohl die Anordnung des Stoffes vielfach und in recht zweckmäßiger Weise geändert, als auch der Inhalt einer vollständigen, den neueren Ergebnissen der wissenschaftlichen Forschung entsprechenden Umarbeitung unterzogen. Dabei hat sich der Verfasser mit bestem Erfolg bemüht, den Umfang des Werkes nicht zu vergrößern, sondern etwas zu verringern, was bei der Uebersichtlichkeit und Klarheit der Darstellung dem Ganzen nur zum Vorteil gereicht. Möge das Lehrbuch auch in seinem neuen Gewande die Anerkennung finden, die es in reichem Maße verdient.

Rpd. jun.

Dr. Otto Stählin, Prof. an der Universität Würzburg. **Zwang und Freiheit in der Erziehung.** München 1911. Verlag von Otto Gmelin. Preis: 60 Pf

Die autokratische Verfassung unserer Schulen paßt nur sehr wenig mehr in den demokratischen Geist unserer Zeit. Dabei nimmt die Unbotmäßigkeit und der Drang sich auszuleben stets zu. Viel Schuld an dieser unliebsamen Erscheinung trägt die Bestimmung der Kulturvölker betreffs des Examenzwanges. Das Examen ist der Endzweck, dem der ganze Unterricht und die Erziehung untergeordnet werden. Zwischen Lehrern, Eltern und Schüler scheint die Kluft immer größer zu werden. Daß sich diese Feindschaft der Jugend im späteren Leben in Renitenz gegen den Staat auslebt, ist zu befürchten. Wir täten daher gut, die Schulverhältnisse gründlich zu revidieren. Gute Erfolge hat das amerikanische System des Schulstaats gebracht. Die Entwickelung dieses Gedankens könnte uns aus der Schulmisere herausbringen. Dr. Graßl-Lindau.

Tagesnachrichten.

Aus dem Reichstage. Bei Beratung des Etats für das Reichsamt des Innern wurden in den Sitzungen vom 19.—23. März d. J. auch verschiedene, das öffentliche Gesundheitswesen betreffende Fragen, namentlich beim Etat des Reichsgesundheitsamts erörtert. Ebenso wie im Vorjahre wurde auch diesmal die Frage des **praktischen Jahres der Mediziner** und die **Zurückweisung von Medizinalpraktikanten** seitens einzelner Krankenhäuser aus konfessionellen oder anderen Gründen berührt und von den Abgg. Dr. Struve (fortschr. Volkspartei), Dr. Gröber (Zentr.), Dr. Waldstein (fortschr. Volkspartei), Brey (Soz.) eine Revision der Prüfungsordnung nach der Richtung hin verlangt, daß nur die rein konfessionellen Anstalten das Recht haben dürften, bei der Annahme von Praktikanten diese von deren Konfession abhängig zu machen. Das praktische Jahr bilde einen integrierenden Teil der medizinischen Ausbildung und sei durch die vom Bundesrate erlassene Prüfungsordnung eingeführt; das Reich habe demzufolge die Pflicht, dafür zu sorgen, daß dem Medizinalpraktikanten in bezug auf seine Absolvierung keine Schwierigkeiten von seiten der Krankenhausverwaltungen gemacht würden, denen das Recht zur Annahme von Praktikanten erteilt sei. Der Abg. Dr. Becker (Hessen) verurteilte ebenfalls die Zurückweisung von Medizinalpraktikanten aus konfessionellen Gründen; außerdem verlangte er, daß ihnen das zweite Militärhalbjahr auf das Praktikantenjahr angerechnet werde und es ihnen freistehen müsse, wenigstens einen Teil des Jahres bei einem viel beschäftigten praktischen Arzt abzuleisten, dadurch würden sie auch weit besser in das Gebiet der sozialen Medizin eingeführt, als durch deren Einführung als besonderes Lehr- und Prüfungsfach. Redner warnte überhaupt vor einer größeren Spezialisierung des medizinischen Studiums, sie führe nur dazu, den praktischen Arzt gleichsam zum Wegweiser der Spezialisten zu machen, was nicht nur im Interesse des ärztlichen Standes, sondern auch im gesundheitlichen Interesse der Bevölkerung sehr zu bedauern sei. Der Staatssekretär des Innern Dr. Delbrück erwiderte, daß das Reich den Krankenhäusern gegenüber kein Recht besitze, eine unmittelbare Verpflichtung zur Annahme von Praktikanten zu statuieren. Es sei auch überflüssig, da für Praktikanten weit mehr Stellen zur Verfügung stehen, als nötig seien. Es sei außerdem auch bedenklich, hier einen Zwang ausüben zu wollen; denn der Verwaltungsorganismus eines Krankenhauses fordere ein möglichst enges Zusammenarbeiten aller Beteiligten und deshalb auch die Fernhaltung von Elementen, die in diesem Organismus nicht hineinpaßten. Eine solche Verpflichtung würde auch die Selbstverwaltung des Krankenhauses auf das Empfindlichste schädigen und voraussichtlich zu größeren Nachteilen führen, als das jetzt bei diesem Fehlen der Fall sei.

Entgegenkommender zeigte sich die Staatsregierung gegenüber einer anderen Forderung, die ebenfalls von der fortschrittlichen Volkspartei gestellt war und von den Abgg. Dr. Struve und Dr. Blunck befürwortet wurde. Es handelte sich hierbei um eine Resolution, in der die verbündeten Regierungen um tunlichst baldige Vorlegung eines Gesetzentwurfs betr. Regelung der **Arbeitsverhältnisse des Krankenpflegepersonals** in privaten Krankenhäusern, Heilstätten und Genesungsheimen sowie in der privaten Krankenpflege. Der Ministerialdirektor Dr. Caspar erwiderte, daß über diese Frage

bereits Erhebungen in den einzelnen Bundesstaaten stattgefunden hätten und das Material fast vollständig vorliege. Es sei schon von dem preußischen Statistischen Landesamt zusammengestellt und werde nunmehr im Reichsgesundheitsamt bearbeitet; von dem Ergebnis dieser Bearbeitung und Prüfung werde es abhängen, ob und in welcher Weise einer gesetzlichen Regelung der Frage näher getreten werden soll. In welchem Umfange der vom Abg. Dr. Blunck ausgesprochene Wunsch, dem Krankenpflegepersonal der Wohltat der Privatbeamtenversicherung teilhaftig werden zu lassen, erfüllt werden könne, lasse sich nicht generell, sondern nur von Fall zu Fall entscheiden. Die Resolution wurde später bei der Abstimmung mit sehr großer Mehrheit angenommen.

Mit ebenso großer Mehrheit fand auch ein von sozialdemokratischer Seite gestellter Antrag betr. Erhebungen über den **Gesundheitszustand der Arbeiter in der chemischen Industrie** Annahme, der von dem Abg. Brey (Soz.) namentlich unter Hinweis auf die großen gesundheitlichen Mißstände in den Bleiweißfabriken begründet und dabei ein Verbot der Trockenverarbeitung von Bleiweiß verlangt wurde. Dagegen wurde ein weiterer Antrag der Sozialdemokraten, bei Erhebungen über den Gesundheitszustand der Arbeiter in der chemischen Industrie auch Vertreter der entsprechenden Arbeiterorganisationen zur Mitwirkung heranzuziehen, abgelehnt, nachdem der Vertreter der Staatsregierung, Ministerialdirektor Caspar, erklärt hatte, daß die Reichsregierung schon bisher geeignete Arbeiter zur Mitwirkung bei Aufstellung von Normativbestimmungen heranziehe und die Vertreter der Organisationen nicht die Kenntnisse besäßen, die zur Vorbereitung solcher Bestimmungen nötig seien. Im übrigen betonte er, daß gerade die großen chemischen Betriebe im Deutschen Reiche mustergültige Einrichtungen für den Arbeiterschutz getroffen hätten und daß seitens des Bundesrats zahlreiche Anordnungen in dieser Hinsicht erlassen seien, die sich durchaus bewährt hätten. Die für das Bleiweißgewerbe erlassenen Vorschriften würden zurzeit im Reichsgesundheitsamte einer erneuten Prüfung unterzogen, ob und inwieweit ihre Abänderung geboten sei.

Auf eine Anfrage des Abg. Dr. Burkhardt (wirtschaftl. Vereinigung) nach dem gegenwärtigen Stande einer **Regelung des Apothekenwesens** antwortete der Staatsminister des Innern Dr. Delbrück, daß diese durch die Landesregierungen erfolgen werde, vor einer solchen Regelung aber einige Bestimmungen der Gewerbeordnung einer Abänderung bedürften, worüber augenblicklich Verhandlungen zwischen den beteiligten Ressorts schwebten.

Mit sehr großer Mehrheit wurde weiterhin eine vom Zentrum und der nationalliberalen Partei gestellte Resolution, betreffend eine schärfere **Weinkontrolle,** namentlich der eingeführten ausländischen Weine, angenommen, nachdem sich Redner fast aller Parteien [Blankenhorn (natl.), Hartrath und Baumann (Ztr.), Dr. v. Schulze-Gävernitz (forsch. Vp.), Dr. Burkhardt (wirtsch. Vereinig.), Dr. Becker (Hessen)] dafür ausgesprochen hatten; mit Recht wurde von Dr. Becker eine schärfere Kontrolle der unter dem Namen von Kranken- und Kinderweinen in den Handel gebrachten Süßweine verlangt, die oft schon durch ihren Geschmack zeigten, daß ihre Zusammensetzung nicht einwandfrei sei.

Mit knapper Mehrheit wurden eine Resolution der Sozialdemokraten betr. die **Zulassung der Einfuhr von ausländischem Fleisch** und eine Resolution der fortschr. Volkspartei betr. Zulassung der **Einfuhr von ausländischen Lebern und Zungen** angenommen; beide Resolutionen wurden von dem Vertreter der Staatsregierung (Präsident des Reichsgesundheitsamtes Bumm), von den Rednern des Zentrums, der konservativen und nationalliberalen Partei bekämpft, von denjenigen der fortschrittlichen Volkspartei und der Sozialdemokratie befürwortet. Der Abg. Dr. Becker (Hessen) hob hierbei nicht mit Unrecht hervor, daß die Fleischnahrung längst nicht mehr das maßgebende Kriterium für die Ueber- oder Unterernährung des menschlichen Organismus sei. Gegen den übermäßigen Fleischgenuß müsse gerade so wie gegen den übermäßigen Alkoholgenuß gekämpft werden. Der Fleischgenuß betrage jetzt pro Kopf das Doppelte wie vor 50 Jahren; die körperliche Tüchtigkeit des Volkes habe aber eher ab, als zugenommen. Viel bedenklicher, als die angeblich vorhandene Unterernährung sei der **Rückgang der Geburtenziffer,** der besonders auf die vielen Anpreisungen von Mitteln zur Verhinderung der Empfängnis usw. zurückzuführen sei. Hier liege ein Krebsschaden vor, der aufs schärfste bekämpft werden müsse. Es handele sich hier um eine nationale Frage; denn der Bevölkerungszuwachs sei die Vor-

bedingung für die nationale und die wirtschaftliche Zukunft des deutschen Volkes. Die Frage des Geburtenrückgangs und der damit zusammenhängenden **Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit** fand dann auch am 22. März eine eingehende Erörterung, an der sich die Abg. Büchner (Soz.), Heyn (fortschr. Volksp.), Paasche (nat.-lib.) und Arendt (Reichsp.) beteiligten. Sie erklärten sich sämtlich bereit, zu diesem Zwecke weitgehendere Mittel als die in den Etat dafür eingestellten 60000 Mark Zuschuß für die Säuglingsanstalt in Charlottenburg zu bewilligen. Der Staat habe das größte Interesse daran, daß ein gesundes und kräftiges Geschlecht heranwachse; dazu sei aber ein größerer Mutterschutz erforderlich und vor allem Rückkehr zur natürlichen Ernährung der Kinder, die besonders in den Städten immer mehr zurückgegangen sei. Die Errichtung von Säuglingsheimen und namentlich von Mutterberatungsstellen könne auf diesem Gebiete viel Segen stiften; denn vor allem müsse auf die Mutter belehrend eingewirkt werden.

An demselben Sitzungstage wurde ferner die von der nationalliberalen Partei gestellte Resolution betreffend die **Bekämpfung der Tuberkulose** (s. Nr. 5 dieser Zeitschrift, 1912, S. 173) nach kurzer Begründung durch den Abg. Keinath (nat.-lib.) einstimmig angenommen; der Redner betonte, daß ein großer Nachdruck auf die Prophylaxe der Krankheit gelegt und deren Bekämpfung deshalb mehr in die Familien selbst verlegt werden müsse. Oft würden ganze Familien tuberkulös, weil die Ansteckung nicht rechtzeitig verhütet sei. Anzeigepflicht und Wohnungsdesinfektion bei Tuberkulösen müßten einheitlich für das ganze Reich geregelt werden. Forscher glaubten, daß die Tuberkulose in 30—40 Jahren ganz beseitigt werden können; Redner sei allerdings nicht so optimistisch, aber bei energischer Bekämpfung würde die Seuche jedenfalls wesentlich eingedämmt werden.

Es folgte dann an diesem und dem folgenden Sitzungstage (23. März) bei Beratung des in den außerordentlichen Etat eingestellten Betrages von 4 Millionen Mark für Herstellung von Kleinwohnungen für Arbeiter usw. eine sehr lebhafte Erörterung über die in bezug auf die **Regelung des Wohnungswesens** gestellten sechs Resolutionen. Von Seiten der Sozialdemokraten (Abgg. Hofrichter und Fischer) wurden ein Reichswohnungsgesetz mit Normativbestimmungen über die Beschaffenheit der Wohnungen und über die Wohnungsaufsicht sowie Schaffung eines Reichswohnungswesens verlangt. Der Abg. Graf v. Posadowsky-Wehner befürwortet besonders die Hergabe von Darlehen seitens der Versicherungsanstalten an gemeinnützige Baugenossenschaften zur Schaffung von Kleinwohnungen; auch er ist der Ansicht, daß man ohne ein Reichswohnungsgesetz, durch das die Mindestforderungen aufgestellt werden, nicht auskommen werde, wenn die Einzelstaaten versagen sollten. Der gleichen Ansicht waren die übrigen Redner (Götting (nat.-lib.), Jäger und Schirmer (Zent.). Der Staatssekretär Dr. Delbrück erklärte, daß er bestrebt sein werde, die Angelegenheit zu fördern; auch sei er bereit, an den Verhandlungen einer dafür eingesetzten besonderen Kommission teilzunehmen und mit dieser die Grundsätze zu erörtern, nach denen den zweifellos bestehenden Mißständen auf dem Gebiete des Wohnungswesens entgegenzutreten sei. Sämtliche Resolutionen werden hierauf dem Vorschlage der Budgetkommission gemäß einer besonderen **Kommission von 21 Mitgliedern** überwiesen.

Aus dem **preussischen Landtage.** In der Sitzung vom 28. März d. J. wurde bei Beratung des Kultusetats ein Antrag des Abg. Schmeding (Ztr.) auf weiteren **Ausbau der Universität Münster i. W.: Schaffung einer vollständigen medizinischen Fakultät** daselbst angenommen. Ein Antrag des Abg. Eickhoff (Volkspartei), betr. Errichtung von **Lehrstühlen für die soziale Medizin,** wurde, nachdem er von dem Antragsteller und dem Abg. Dr. Bell (Ztr.) befürwortet war, der Unterrichtskommission überwiesen, obwohl der Vertreter der Staatsregierung, Geh. Ob.-Reg.-Rat Dr. Elster, erklärt hatte, daß schon jetzt an jeder Universität Vorlesungen über die Reichsversicherungsordnung, Arbeiterschutzgesetzgebung usw. gehalten würden und sich alle für die soziale Medizin in Betracht kommenden Materien unmöglich in einer Hand zentralisieren ließen. Auch ein Antrag des Abg. Dr. v. Schenckendorf, **Förderung der Leibesübungen auf den Universitäten,** wurde der Unterrichtskommission überwiesen, nachdem sich der Kultusminister in entgegenkommender Weise dazu geäußert hatte.

Von der neuen **Reichsversicherungsordnung** wird nach einer Mitteilung des Ministerialdirektors Caspar im Reichstage das erste Buch (allgemeine Bestimmungen) voraussichtlich am 1. Juli d. J., das II. und III. Buch (Krankenversicherung und Unfallversicherung) dagegen erst am 1. Januar 1913 in Kraft treten.

Die **Internationale Hygiene-Ausstellung Dresden 1911** hat einen Reingewinn von einer Million Mark ergeben. Der Ueberschuß soll, nach einer den Stadtverordneten von Geheimrat Dr. Lingner zugegangenen Denkschrift zur **Errichtung eines Nationalen Hygiene-Museums** in Dresden verwendet werden. Danach würde die Grundfläche für das Museumsgebäude die von der Stadt Dresden zur Verfügung zu stellen sei, mindetens 6000 qm betragen, die Bau- und Ausstellungskosten 3594000 M.; hiervon müßten 1 Million Mark aus dem Ueberschusse der Internationalen Hygiene-Ausstellung, der Rest vom Staate zur Verfügung gestellt werden. Die jährlichen Ausgaben sind auf 270260 M. veranschlagt. Das Museum soll drei Hauptabteilungen umfassen, deren Grundlage die Sammlungen der Internat. Hygiene-Ausstellung „Der Mensch“, die „Historische Abteilung“ und die „Ethnologische Abteilung“ bilden werden.

Der **III. internationale medizinische Unfallkongreß** wird vom 6. bis 10. August d. J. in Düsseldorf abgehalten werden, in derselben Zeit, in welcher dort die große Städte-Ausstellung stattfindet, die eine besondere Abteilung für soziale Medizin enthält. Für die wissenschaftlichen Sitzungen sind die Stunden von 10—3 Uhr, einschließlich einer kleinen Frühstückspause, am Mittwoch, Donnerstag, Freitag und Samstag in Aussicht genommen. Außer einem Bericht über die auf dem II. internationalen medizinischen Unfallkongreß in Rom beschlossene Sammelforschung über die Ursachen und Folgen von Unglücksfällen und Katastrophen sind folgende sechs Hauptverhandlungsgegenstände in Aussicht genommen: 1. a) Vergleichende Uebersicht über den derzeitigen Stand der Unfallgesetzgebung in den verschiedenen Ländern. b) Zur Frage der Versicherung gegen Gewerbe-Krankheiten. 2. Wichtigkeit des frühzeitigen, auf die funktionelle Herstellung gerichteten Heilverfahrens nach Unfallverletzungen. 3. Gefäßerkrankungen und Unfall. 4. Arthritis deformans und Unfall. 5. Einfluß von Unfällen auf Entstehung und Verschlimmerung von Geschwülsten. 6. Untersuchungsarten bei Unfallverletzten mit besonderer Berücksichtigung der Messungen, der Schwielenbildung an Händen und Füßen, der Rechts- und Linkshändigkeit.

Ausgeschlossen vom diesjährigen Kongresse sollen Vorträge sein über sogenannte traumatische Neurosen und Eingeweidebrüche (Hernien).

Die Manuskripte der Vorträge sind bis zum 1. Juni, die Auszüge bis bis Juli 1912 an Prof. Dr. Liniger, Düsseldorf, in deutscher, französischer, englischer oder italienischer Sprache einzusenden.

Am Dienstag, den 6. August wird der Herr Regierungspräsident, Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Kruse, die Kongreßmitglieder in der Zeit von 5—6 Uhr im Saale des Königlichen Regierungsgebäudes empfangen. Nachher zwanglose Zusammenkunft mit dem Düsseldorfer Aerzteverein im Garten der Städtischen Tonhalle. Die Stadt Düsseldorf wird die Kongreßmitglieder zu einer Festfahrt auf dem Rheine einladen. Für Freitag ist das Festessen mit Damen vorgesehen, mit Nachfeier im Künstlerein Malkasten. Dann sind Ausflüge in die Umgebung von Düsseldorf in Aussicht genommen, Rheinuferbeleuchtung. Auch wird den Kongreßmitgliedern und ihren Damen unter städtischer Führung Gelegenheit gegeben sein, die Städte-Ausstellung, die Museen und die sonstigen Kunstanstalten zu besichtigen.

Der Beitrag für die Kongreßmitglieder beträgt 20 Mark, wofür der Behandlungsbericht geliefert wird. Für Damen beträgt der Beitrag 6 Mark.

Anfragen sind an den General-Sekretär des Düsseldorfer Kongresses, Prof. Dr. Liniger, Düsseldorf (Landeshaus), zu richten.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten sind in der Zeit vom 25. Febr. bis 5. März 1912 erkrankt (gestorben) an: Gelbfieber, Rückfallfieber, Pest, Cholera, Tollwut,

Aussatz, Fleck-fieber: — (—); Pocken: — (—), 4 (—); Milzbrand: 4 (—), 1 (1); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 2 (—), 8 (—); Unterleibstyphus: 155 (16), 166 (11); Ruhr: 5 (1), 4 (2); Diphtherie: 2045 (139), 1920 (133); Scharlach: 1586 (56), 1489 (62); Kindbettfieber: 119 (30), 104 (36); übertragbare Genickstarre: — (—), 4 (—); Fleisch- usw.-vergiftung: 16 (—), — (—); Paratyphus: — (—), 1 (—); Körnerkrnkheit (erkrankt): 118, 142; Tuberkulose (gestorben): 868, 892.

Die **Pest** hat in Aegypten in den 4 Wochen vom 17. Februar bis 15. März etwas zugenommen: 37, 32, 21 und 35 Erkrankungen mit 25, 16, 8 und 29 Todesfällen. In Indien hat die Seuche in den Wochen vom 21. bis 28. Januar mit 16082 (13789) Erkrankungen (Todesfällen) ihren Höhepunkt erreicht; jedenfalls ist in den folgenden Wochen vom 28. Januar bis 10. Februar eine geringe Abnahme eingetreten: 15943 (13601) und 14384 (11974).

Die **Cholera** scheint jetzt auch in Italien erloschen zu sein.

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

XXVIII. Hauptversammlung

am

Freitag, den 26. April 1912

in

Berlin

Tagesordnung:

Donnerstag, den 25. April:

8½ Uhr abends: **Begrüßungs-Abend** (mit Damen) im **„Rheingold“** (Ebenholzsaal); Eingang: Potsdamerstraße Nr. 3, eine Treppe hoch.

Freitag, den 26. April:

9½ Uhr vormittags: **Sitzung** im „Rheingold“ (Ebenholzsaal); Eingang wie vorher.

1. **Eröffnung der Versammlung.**
2. **Geschäfts- und Kassenbericht.**
3. **Entwurf des Wassergesetzes.** Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Salomon-Charlottenburg.
4. **Der ärztliche Sachverständige auf dem Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nach der neuen Reichsversicherungsordnung.** Referent: Landes-Med.-Rat Dr. Knepper in Düsseldorf.
5. **Methylalkoholvergiftung.** Referent: Dr. Bürger, Assistent beim Institut für Arzneikunde in Berlin.
6. **Vorstandswahl; Bericht der Kassenrevisoren.**
7. Als Diskussionsgegenstand: **Schulkinder-Untersuchungen auf dem Lande.** Referent: Kreisarzt Dr. Dohrn-Hannover.

Nach **Schluß** der Sitzung findet die Generalversammlung der **„Jubiläums-Stiftung“** statt.

Tagesordnung: **1. Geschäftsbericht 2. Vorstandswahl.**

6 Uhr nachmittags: **Festessen** (mit Damen) im **„Rheingold“** (wie vorher).

Um recht zahlreiche Beteiligung, auch von seiten der Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins, die freundlichst eingeladen sind, wird gebeten.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins.

Im Auftrage: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Reg.- u. Geh. Med.-Rat in Minden.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 8. Ausgegeben am 20. April 1912

ZEITSCHRIFT

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,

Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch

J C C BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 8.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Psychiatrie.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Abwässer- usw. Beseitigung. Flussverunreinigung.

2. Gewerbehygiene.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Sanitätsrat: dem San.-Rat Dr. Brunswicker in Bassenheim (Reg.-Bez. Koblenz); — das Prädikat als Professor: dem Mitgliede des Kaiserl. Gesundheitsamts Prof. Dr. Haendel und dem Privatdozenten Dr. Hans Burghart in Berlin; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Med.-Rat Dr. Erbkam, Kreisarzt in Jauer und dem Geh. Med.-Rat Dr. Gleits-

mann, Kreisarzt a. D. in Wiesbaden; — der Kronenorden III. Klasse. dem Geh. Med.-Rat Dr. Hasse, Kreisarzt a. D. in Neustadt (W. pr.), den Geh. San.-Räten Dr. Dormann in Düsseldorf und Dr. Rubarth in Niedermarsberg sowie dem Marinegeneraloberarzt Prof. Dr. Martini in Rüstringen; die Rote Kreuzmedaille III. Klasse: dem San.-Rat Dr. Leo Günther in Dessau.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung: des Komturkreuzes II. Klasse des Königlich Sächsischen Albrechtordens: dem Prof. Dr. Heubner in Berlin; des Ritterkreuzes I. Klasse desselben Ordens: dem Abteilungsvorsteher beim Hygienischen Institut der Friedrich Wilhelms-Universität Prof. Dr. Ficker in Berlin; des Ritterkreuzes des Ordens der Königl. Württembergischen Krone: dem Generaloberarzt z. D. Prof. Dr. Salzwedel in Schöneberg; des Großkreuzes des Großherzoglich Badischen Ordens vom Zähringer Löwen: dem Generalstabsarzt der Armee Prof. Dr. v. Schjerning in Berlin; des Kommandeurkreuzes II. Klasse desselben Ordens: dem General u. Korpsarzt Prof. Dr. Lasser in Straßburg i. Els.; das Ritterkreuz I. Klasse desselben Ordens: dem Oberstabs- u. Reg.-Arzt Dr. Ockel in Hagenau i. Els.

Ernannt: Der bisherige kommiss. Reg.- u. Med.-Rat Dr. Stumm in Stralsund zum Regierungs- u. Medizinalrat daselbst; Dr. Kühnlein in Heydekrug zum Kreisassistenzarzt in Bochum; Kreisassistenzarzt Dr. Dorsch in Bochum zum Kreisarzt in Schweinitz; Privatdozent Dr. Schieck in Göttingen zum ordentl. Professor und Direktor der Universitäts-Augenklinik in Königsberg i. Pr.; Prof. Dr. Kißkalt in Berlin zum ordentlichen Professor u. Direktor des Hygienischen Universitätsinstituts in Königsberg i. Pr.

Gestorben: San.-Rat Dr. Pietrulla in Strehlen (Schlesien), Med.-Rat Dr. Hassenstein, Kreisarzt in Sagan i. Schlesien, Oberstabsarzt Dr. Grüder in Berlin-Tempelhof, Dr. Segger-Bethmann in Hannover, Dr. Dückstein, Mitglied der Roten-Kreuz-Sanitäts-Hilfsexpedition in Tripolis, Geh. Med.-Rat Dr. König in Dalldorf bei Berlin, San.-Rat Dr. Geißler in Teltow bei Berlin, Dr. Bender in Elberfeld, Dr. Beck in Halle a. S.

Königreich Bayern.

Gestorben: Prof. Dr. Rich. Frommel und Dr. Maunz in München, Med.-Rat Dr. Zaubzer, Bezirksarzt a. D. in München.

Neu

H

Königreich Sachsen.

Gestorben: Dr. Johannes Schaumkell in Leipzig, Ernst Hermann Koch in Gelenau.

Königreich Württemberg.

Ernannt: Der praktische Arzt Dr. Zippritz in Cannstadt zum Leiter der Zentralimpfanstalt in Stuttgart.

Gestorben: Ob.-Med.-Rat a. D. Dr. Zeller in Stuttgart.

Grossherzogtum Baden.

Ernannt: Außerordentl. Prof. Dr. Bruns in Heidelberg zum ordentl. Professor und zum Direktor des anatomischen Universitätsinstituts; Prof. Dr. Opitz, Direktor der Frauenklinik an der Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf zum ordentl. Professor und Direktor der Universitätsfrauenklinik in Gießen; Prof. Dr. Hahn in Königsberg i. Pr. zum ordentl. Professor und Direktor des Hygienischen Universitätsinstituts in Freiburg i. B.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Schatz, Bezirksarzt in Tauberbischofsheim.

Grossherzogtum Hessen.

Ernannt: Med.-Rat Dr. Balser, Kreisarzt in Mainz, zum vortragenden Rat in der Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege des Ministeriums des Innern unter Verleihung des Titels Ober-Medizinalrat.

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Medizinalrat: dem Kreisarzt Dr. Dannien in Malchin; — der Titel Professor: dem Privatdozenten Dr. Kühn in Rostock.

Gestorben: Dr. Kruse, Assistenzarzt an der Irrenanstalt in Sachsenberg.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Ernannt: Die Privatdozenten Dr. Heße und Dr. Buße in Jena zu außerordentlichen Professoren der dortigen medizinischen Fakultäten.

Gestorben: Dr. Schneider in Kreiensen (Braunschweig).

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der **Chemischen Fabrik „Nassovia“** in **Wiesbaden** über „Siran“ bei, worauf wir besonders aufmerksam machen.

---

25. Jahrg. **Zeitschrift** 1912.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 8.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. April.

Alte und neue Ziele und Wege der Staatsmedizin.

Von Med.-Rat Dr. **Graßl,** Bezirksarzt in Kempten.

Die Staatsmedizin ist eine angewandte Wissenschaft und unterscheidet sich dadurch von den reinen Wissenschaften. Während der Grundcharakter der einfachen Wissenschaften das rerum cognoscere causas ist ohne allen Nebengedanken des Gewinnens, muß die angewandte Wissenschaft ein praktisches Ziel im Auge haben, das sie erreichen oder dem sie nahekommen will. Die Zielstrebigkeit hat die Staatsmedizin mit der praktischen Heilkunst gemeinsam. Aber das Ziel der praktischen Heilkunde ist ein sicheres und durch Jahrhunderte und Jahrtausende gleiches: Die Gesundung des kranken Individuums, die Rückkehr aus dem Pathologischen in das Physiologische. Lange Zeit hindurch hatte auch die Staatsmedizin kein anderes Ziel; sie war lediglich eine erweiterte Heilkunst. Die allen Kranken gemeinsamen Bedürfnisse mußte die Staatsmedizin befriedigen; die dem einzelnen Individuum eigene Sonderbehandlung fiel den Heilärzten, die Sorge für Ausbildung des Heilpersonals, die Herstellung von Behandlungsstätten, Krankenhäusern, die Ueberwachung des Heilmittelverkehrs und andere Sachen der Staatsmedizin zu. Später kamen dann gemeinsame Abwehrmaßregeln der übertragbaren Krankheiten hinzu.

Auch heute sind diese Zweige der Staatsmedizin noch sehr wichtig, vielleicht noch die wichtigsten. Manche Amtsärzte aber glauben, sie seien auch die einzigen.

Die Wege, dieses Ziel zu erreichen, sind mannigfach und wechseln mit der Anschauung der Stammmutter der Staatsmedizin, der allgemeinen Medizin. Bisher hat man wesentlich zwei Wege betreten. Der eine ist der v. Pettenkofer gezeigte Weg der Errichtung automatisch wirksamer hygienischer Einrichtungen, der andere wurde von Pasteur und Koch ausgebaut. Entsprechend dem Werdegang des Altmeisters der Hygiene — er war ursprünglich Chemiker — studierte v. Pettenkofer den Einfluß der mechanischen Umwelt auf den Menschen. Wie gründlich er dabei zu Werke ging, zeigt die Tatsache, daß heute noch nichts wesentlich Neues dazukam. Pasteur und Koch haben den Zusammenhang des menschlichen Wesens mit der Kleinlebewelt seiner Umgebung dargetan. Sie haben einen neuen Begriff „Reinlichkeit“ geschaffen uud eben sind wir daran, diesen Begriff in das Volk hineinzutragen, wie wir es auch mit den Ergebnissen der v. Pettenkofers Forschungen getan haben. Die Popularisierung der Kochschen Befunde muß auf anderem Wege geschehen, wie die der Pettenkoferschen Ergebnisse, die mehr oder minder mit Händen greifbar waren. Ihre Durchführung forderte mehr den guten Willen als das tiefe Verständnis des Volkes. Ihre Einrichtung war abhängig von der einmaligen Willenstätigkeit namentlich derer, die den finanziellen Teil des Staatslebens unter sich haben; denn die Einrichtung automatischer Hygienemaßregeln ist kostspielig.

Es ist daher selbstverständlich, daß gerade zu der Zeit, als die Forderungen v. Pettenkofers vulgär wurden, die Staatsmedizin unbemerkt in die Hände der Juristen und der politischen Behörde hinüberglitt. Die Lehren Kochs fordern ein tieferes Verständnis der Naturwissenschaft und ein unentwegtes, beständiges Beharren. Zu ihrer Durchführung genügt nicht die Darreichung einer großen Geldsumme; dadurch kam es, daß durch Koch die Staatsmedizin wieder in die Hände der Aerzte zurückzukommen begann. Die Hoffnung, daß wir dem Volke den neuen Begriff „Reinlichkeit“ beibringen, ist eine bestimmte. Allerdings werden wir daran gehen müssen, andere Hilfsmittel zur Anwendung zu bringen, als wir es bisher getan haben. Wir glaubten, daß durch Errichtung neuer Beamtenstellen, der Desinfektoren, es ermöglicht werde, daß die ansteckenden Krankheiteneingedämmt würden. Trotz allem Pessimismus vieler beamteter Aerzte ist dies in der Tat ein passender Weg, um eine Unmenge übertragbarer Keime aus dem öffentlichen Verkehr auszuschalten; der zweifellose Rückgang der infektiösen Krankheiten ist auch hierin mitbegründet. Aber es ist zu befürchten, daß wir dem Volke eben durch Errichtung der Desinfektoren die Initiative zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten nehmen, daß wir ähnliche Erfahrungen machen, wie wir es bei der sozialen Gesetzgebung gemacht haben, nur

daß die Bekämpfung der nachteiligen Nebenerscheinungen bei der Fürsorge gegen die Uebertragung der Krankheiten wesentlich schwerer ist, als bei der staatlichen Unfall- und Invalidenfürsorge.

Wir dürfen uns mit der Einrichtung der Desinfektoren und ihrer Apparate nicht begnügen; wir müssen den neuen Begriff in die Familie hineintragen, denn die Familie ist der gewöhnliche Standort der pathogenen Keime; hier wirkt die Bekämpfung am meisten.

Als ein Hilfsmittel zum Eindringen der neuen Lehre in die Familie sind die Familienkrankenpflegerinnen zu betrachten. So sehr diese zunächst die Aufgabe haben, das kranke Individuum zu pflegen, ebenso sehr können und müssen sie aber zum Zwecke der Pflege des kranken Individuums zur Popularisierung der Infektionslehre mithelfen. Die methodische Ausbildung und Fortbildung, die systematische Ueberwachung der Krankenpflegerinnen ist nicht länger zu entbehren. Zwar haben ja bereits manche Bundesstaaten Vorschriften in dieser Richtung erlassen, andere sind noch rückständig, aber diese Vorschriften sind nicht präzise genug, der Zusammenhang mit dem beamteten Arzt ist ein so lockerer, daß zu befürchten ist, daß der Einfluß der Krankenpflege auf die Verhütung der Infektionskrankheit nicht der ist, der er sein könnte. Die neue R.-V.-O. sieht eine erhöhte Benutzung der Krankenpflegerinnen für die Angehörigen der Reichsversicherung vor. Soll dieser Teil der R.-V.-O. gut funktionieren, so muß die Staatsmedizin die Neuordnung der ambulanten Krankenpflege ins Auge fassen.

Aber auch die Familienkrankenpflegerinnen sollen nur Ersatzmittel für die natürliche Pflegerin sein, für die Mutter, für die Gattin. Hier müssen wir das Hauptgewicht unserer Wirksamkeit in Anwendung bringen. Wir müssen den zukünftigen Familienmüttern systematisch die neue Lehre beibringen. Das können wir nur auf dem Wege der Schule. Die oft beobachtete Ansicht, daß der Erwachsene durch Belehrung, durch Flugblätter und ähnlichen Dingen noch empfänglich gemacht werden könne für das Verständnis der Bekämpfung der Infektionskrankheiten, soll zwar nicht gänzlich abgeleugnet werden, aber je mehr wir unser öffentliches Leben ausbilden, je mehr wir namentlich politische Dinge auf diesem Wege popularisieren, desto weniger wirksam wird diese Methode. Um dauernd zu wirken, müssen wir die Jugend für uns gewinnen. Bei der Unmasse von Gedächtnisaufgaben kann aber von der Einschiebung neuer Aufgaben in die Volksschule nicht gut die Rede sein. Dazu kommt, daß der männliche Teil der Bevölkerung nicht gleiches Bedürfnis hat wie der weibliche Teil. Es bleibt also nichts anderes übrig, als lediglich eine gewisse Klasse der Bevölkerung mit der neuen Lehre bekannt zu machen. Und als ein solcher Teil stellt sich die weibliche Fortbildungsschule von selbst dar. Um aber die Aufnahme der Infektionslehre angenehmer und gründlicher zu machen, ist es notwendig, daß diese

mit der Lehre der Krankenpflege verbunden wird. Ich fordere daher die Aufnahme der Krankenpflege einschließlich der Infektionslehre in den Lehrplan der Mädchenfortbildungsschule, namentlich die sogenannten Haushaltungsschulen sind zwangsweise zu der theoretischen und praktischen Belehrung und Uebung in dieser Beziehung anzuhalten. Daß diese Forderung praktisch durchführbar ist, habe ich in meinem früheren Bezirke Lindau gezeigt. Die Teilnahme und die Aufmerksamkeit der Fortbildungsschülerinnen bei dem theoretisch-praktischen Unterricht der Krankenpflege war eine äußerst anerkennenswerte.

Gegen das Ziel der Staatsmedizin, die Lebensdauer des Einzelindividuums durch Schwächung der feindlichen Umwelt zu verlängern, erheben sich aus der Reihe der Aerzte Stimmen. Man behauptet, daß durch die Schwächung des Angriffes der Umwelt infolge der überall in der Natur herrschenden Angleichung der widerstrebenden Kräfte eine Angleichung an den geschwächten Feind und dadurch eine Schwächung des Kulturmenschen stattfindet, und daß dann dieser geschwächte Kulturmensch, wenn er den Kampf um das Dasein mit dem ungeschwächten Naturmenschen aufnehmen müßte, unterliege.

Mit diesem Einwurf erhebt man zugleich Widerspruch gegen das bisherige Ziel der modernen Staatsmedizin, der Gesundheit des Einzelindividuums als Hauptaufgabe, und postuliert eine neue Anforderung, die Lebensfähigkeit und die Lebensenergie des Volkes, der Rasse.

Es ist nun beachtenswert in der praktischen Durchführung der staatsmedizinischen Lehren, daß die Aerzte, also die naturwissenschaftlich Durchgebildeten, diesen Einwurf keineswegs gering achten, während die übrigen mit der Ausführung der öffentlichen Gesundheitspflege Beschäftigten, so die juristischen Verwaltungsbeamten, die politischen Behörden, die Staatswissenschaftslehrer, die Soziologen und Moralisten, sich völlig ablehnend verhalten.

Es ist vollständig richtig, daß sich die Staatsmedizin der älteren Kulturvölker nicht mit der Gesundheitspflege des Individuums begnügte — wie ja die alten Kulturvölker ein sehr ausgeprägtes Staatsbewußtsein hatten —, sondern daß sie ihre Fürsorge auch auf das Volk als solches, ohne Rücksicht auf das Wohlbefinden des Einzelnen, ausdehnten. Es sei nur auf die babylonischen Funde und die Entzifferung der ägyptischen Keilschriften, auf die Schriften der Juden und insbesondere anf die römische Staatsmedizin hingewiesen. Auch die deutschen Staatsärzte, so insbesondere Most in seiner Enzyklopädie, und in neuester Zeit die amerikanischen Aerzte, haben völkische Fürsorge gefordert. Diese Forderungen gipfeln in zwei Sätzen: „Rückkehr zur Natur" und generative Auswahl. Von diesen Forderungen bewegt sich die erste, „die Rückkehr zur Natur", auf der Basis der Individualpflege, während die zweite die Umsetzung des Darwinschen Satzes von der generativen Auslese ist, also in ihrer Endwurzel doch auch wieder Individualhygiene ist.

Um die Forderung der „Rückkehr zur Natur“ auf ihren Sinn prüfen zu können, müssen wir auf das Wesen des Menschen und das Wesen der Umwelt des Menschen zurückgreifen.

Die Umwelt ist teils physikalisch-chemischer Natur, teils ist sie belebt. Die belebte Umwelt besteht teilweise aus Einzelzellen, die in sich das Eigenleben ihrer Gesamtindividualität bedeuten, die also alle Funktionen des Individuums und der Gattung in sich vollziehen, oder aus einer mehr oder minder großen Anhäufung von Zellen in einem Körper, also in einem Zellenstaat, dessen Einzelzellen die Fähigkeit, das Gesamtleben selbständig zu leben, verloren haben. Die zu einem Körper vereinigten Zellen erreichen in dem menschlichen Körper die größte Differenzierung ihres anatomischen Aufbaues und ihrer physiologischen Wirksamkeit. Differenzierung und differenzierte Arbeit der Zellen ist das Wesen der Entwickelung. Dagegen verstehen wir unter Entartung jene Entwickelungsform, die das Eigenleben der Zellen- oder Individuenstaates nur mehr mit Hilfe anderer ermöglicht. Wir kennen keinen Zellen-Körperstaat, dessen einzelne Zellen derartig weit differenziert wären, wie die des Menschen. Und in dieser Differenzierung, in der konstitutionellen Verfassung des Menschenkörpers, liegt die Begründung des Herrencharakters des Menschen gegenüber der Umwelt, deren Entwickelung auf eine tiefere Stufe, namentlich auf geringere Differenzierung beruht. Die Forderung, daß sich der Mensch seiner Umwelt anpassen soll, welche Forderung ja der Kern des Satzes an der „Rückkehr zur Natur“ ist, ist eine Aufgabe des Herrenvorrechts des Menschen, ist ein Rückfall in eine vom Menschen längst überwundene Entwickelungsperiode. Die Forderung, daß der Kulturmensch wieder Naturmensch werde, ist lediglich eine graduell abgestufte Forderung auf sein Herrenrecht der Beherrschung der zurückgebliebenen Umwelt zu verzichten. Zudem geht die Forderung von einer Mißdeutung des Begriffes „Natur“ aus; denn die heiße Luft in einen Maschinenraum ist ebenso „Natur“, wie die frische Luft auf der Bergeshöhe. Die Rückkehrapostel aber verstehen unter „Natur“ die der Einwirkung des Menschen entzogene Umwelt. Aber in der hohen Differenzierung liegt auch die Gefahr der Entartung.

Die Beherrschung der Umwelt durch den Menschen ist keine absolute. Die Gesetze der Angleichung vermag auch der Mensch nicht aufzuheben. Diese Angleichung kann auf zwei Wegen geschehen, direkt durch Ausbildung jener Körpereigenschaften im Einzelindividuum, die der Mensch zur Ueberwindung der widerstrebenden Umwelt bedarf, und durch mangelhafte Entwickelung jener Körperkräfte des Einzelindividuums, die das Individuum nicht braucht, und indirekt durch Ausscheidung des anpassungsuntauglichen Individuums auf dem Wege des Generationswechsels und durch Förderung der Vermehrung jener Individuen auf dem Sexualwege, die den Forderungen der Umwelt genügen.

Die Anpassung der Haut, Muskeln, Sehnen, Nerven, Knochen, Blut, Lungen, Herz, Verdauung des Individuums an die Forderungen der Umgebung können wir täglich beobachten. Aber auch Einflüsse der Umwelt, die nicht sofort in die Augen springen, sind wirksam, so z. B. das größere Längenwachstum und das größere Gewicht aller Kulturvölker gegenüber den Stammesgenossen, die auf primitiver Basis stehen geblieben sind. Dieser Längenwachstum und diese Gewichtszunahme ist die Folge der regelrechteren Ernährung, die sich der Kulturmensch leisten kann, da er es gelernt hat, die Nahrungsmittel außerhalb des menschlichen Körpers aufzuspeichern. Wir sehen infolge geregelter Ernährung und Ausschaltung der Gefährdung des Menschen durch Naturgewalten eine verlängerte Lebensdauer; wir sehen unter dem Einflusse der Kultur trotz tatsächlicher naturwidriger Ernährung einen Rückgang in der Sterblichkeit der Kinder. Wir sehen aber auch infolge des Rückganges der Sterblichkeit des Nachwuchses einen Rückgang in der Erzeugung des Nachwuchses. Hier geht die direkte Anpassung bereits in die indirekte über.

Die indirekte Anpassung, die Förderung oder Hinderung im Generationswechsel, ist die Auslese der Rassenbiologie, wie sie Darwin und seine Schüler gelehrt haben. Allerdings gibt es Soziologen, die die Auslese, die Selbstreinigung des Volkskörpers von den Abfallsprodukten des Generationswechsels und des Individuallebens leugnen. So behauptet z. B. einer der besten Soziologen, Gg. v. Mayr, daß die Auslese bei der Kindersterblichkeit nicht gelte. Hunderttausend Jahre hindurch war die generative Auslese wirksam. Die Entwickelung aus dem höhlenbewohnenden Stammvater mit seinen tierähnlichen körperlichen und geistigenEigenschaften zu dem historischen homo sapiens ist nicht durch Besserung der Außenverhältnisse, sondern durch generative Auslese des Tüchtigsten vor sich gegangen. Jetzt, weil es der offiziellen Statistik und Gesellschaftslehre nicht mehr paßt, soll die Natur ihr Gesetz aufgegeben haben! Zudem sehen wir täglich die Wirkung der Auslese und haben sie sogar statistisch erfaßt. Die höhere Absterbeziffer des männlichen Geschlechtes vor, während und nach der Geburt ist zweifellos Auslesewirkung, Abstoßung der mindertauglichen Elemente. Die größere Sterblichkeit der Nachkommen der Syphilitischen, der Potatoren, der geistig Entarteten, der Tuberkulösen usw. ist Auslesewirkung, so wenig auch manche Nichtmediziner dies glauben wollen. Der Kulturmensch hat die Entwickelungstendenz zum Gehirn, zum Geistigen, demgemäß ist auch die Auslese. Geisteskranke, Geistesschwache, Leute, die sich nicht selbst fortbringen können, werden durch Nichtbefruchtung, die nach unseren Sitten ein Nichtbegehrtwerden ist, in der Fortpflanzung ausgeschaltet. Es ist hier nicht der Platz, die Ausleselehre zu begründen; der Arzt ist von ihrer Wirksamkeit überzeugt. Die Ueberzeugung, daß der moderne Mensch sich ebenso der Umwelt anpaßt, direkt durch Umwandlung und

Ausbildung der Individualanlagen, indirekt durch generative Auslese, haben die modernen Staatsärzte dazu bewogen, die Forderung zu erheben, daß die Ausbildung der Individualanlagen unabhängig von den Bedürfnissen der Umwelt systematisch vom Staate aus getrieben werde.

Man hat verlangt, daß methodische Uebungen vorgenommen werden, die die körperliche Entwickelung fördern, obwohl wir diese körperlichen Eigenschaften zur Ueberwindung des Widerstandes der Umwelt nicht brauchen. Als solche methodische Uebungen hat man Spiel und Sport bezeichnet. Die Ursache zu dieser Forderung der modernen Staatsmedizin war die Einsicht, daß wir mit unserer geistigen Entwickelung der körperlichen Umwandlung weit vorauseilen, daß wir tatsächlich unter den Folgen einer zu weit getriebenen einseitigen Geistespflege leiden. Die anthropologische Hygiene, die sich in den Schulärzten, in der Säuglingsfürsorge, in der Fürsorge für die Jugend zeigt, ist der Weg der gegenwärtigen Kulturstaaten-Medizin geworden, das zweite Ziel der Staatsmedizin zu erreichen, nämlich die Ausbildung der Individualkräfte über die Bedürfnisse der notwendigen Anpassung an Forderungen der Umwelt hienaus. Sie ist die glatte Bejahung der Befürchtung der Gegner der Ausschließlich-Umgebung-Hygiene. Namentlich die oberen Schichten, also jene, deren Entwickelungsrichtung die geistige Fähigkeit ist, hofft mit Spiel und Sport der Einseitigkeit ihrer Entwickelung Einhalt tun zu können; es ist auch kein Zweifel, daß die körperliche Individualtüchtigkeit durch Spiel und Sport gefördert wird. Es ist aber wahrscheinlich, daß wir dieser einseitigen Entwickelungsrichtung der Kulturmenschen noch eher Herr werden würden, wenn wir die äußeren Widerstände, die auf den Körper der Geistesarbeiter wirken, nicht allzusehr abschwächen, sondern vergrößern würden, so daß die Betätigung der Körperkraft nicht mehr dem freien Willen des Einzelnen überlassen bleibt, sondern zwangsmäßig durchgeführt werden muß. Der Zwang ist allüberall in der Natur ein wirksamerer Faktor als die Freiwilligkeit. Als der geeignetste Weg in dieser Hinsicht habe ich für unsere studierende Jugend die produktive körperliche Arbeit vorgeschlagen. Ich habe unter Zustimmung angesehener Pädagogen, darunter unter andern Kerschensteiner-München, empfohlen, die körperliche Zwangsarbeit als zu benotenden Pflicht-Unterrichtsgegenstand aufzunehmen. Ich halte die körperliche Zwangsarbeit, industrielle, gewerbliche, bäuerliche, für einen geeigneteren Erziehungsfaktor in körperlicher und geistiger Beziehung als Spiel und Sport. Natürlich müßte eine Umarbeitung des Lehrplanes stattfinden. Wie ich aus Prospekten einzelner Erziehungsinstitute ersehe, ist dieser Gedanke bereits zur Einführung gekommen. Ihre allgemeine Durchführung findet an den Widerstand des größeren Teiles der Mittelschulpädagogen noch eine wirksame Hemmung. Das Eindringen der Staatsmedizin in den Entwickelungsgang unserer Jugend ist aber auf jeden Fall ein Weg, der zur Ertüchtigung unserer Nachkommenschaft begangen werden muß.

Mit der Abwehr der Angriffe der unbelebten und belebten Umwelt, mit der Ertüchtigung des Einzelindividuums über die absolut notwendige Höhe der Anpassung zu dem Kampfe mit der Umwelt hinaus ist aber das Ziel der modernen Staatsmedizin noch nicht erschöpft. Die jetzige medizinische Staatsfürsorge fordert, wie schon angedeutet, völkische Fürsorge; gerade in Deutschland.

Dem Deutschen ist seit Jahrhunderten der Staatsgedanke fremd. Die vor einem Menschenalter durch Blut und Eisen herbeigeführte Einigung der deutschen Stämme hat keine nachhaltende Wirkung auf die Entwickelung des deutschen Volkes in Hinsicht auf andauernde Besserung der Rasse gebracht. Trotz der offiziellen Statistik, die uns die Verlängerung des Lebens und Abnahme der Krankheiten nachweist, machen sich Anzeichen geltend, die bei allen jenen Völkern bisher beobachtet wurden, die dem Untergange zugehen. Wir haben eine Verminderung des Arbeitswillens in den sogenannten schweren Arbeiten und einen immermehr zunehmenden Ersatz der Faustarbeiter durch fremdblütige Einwanderer; wir haben eine Abnahme des Arbeitswillens bis zum Ende des Lebens. Von jeher war es deutsche Art, in den Gurten zu sterben, und französische Sitte, den Lebensabend zu genießen. Wir haben eine zunehmende, bei den sogenannten höheren Ständen eine ungebührlich lange Hilflosigkeit der Jugend und damit eine Einschränkung der Zahl der Kinder, eine bedenkliche Abnahme der Fruchtbarkeit der Einzelehe; wir haben vermutlich schon einen Rückgang der körperlichen Tüchtigkeit, die sich bei den Männern durch Abnahme der militärischen Tauglichkeit, bei den Frauen durch Abnahme der Geburtfähigkeit einschließlich der Stillfähigkeit kenntlich zu machen scheint; wir haben einen fühlbaren Nachlaß der Initiative, der Verteidigungs- und Ausbreitungsfreudigkeit, des sichtbaren Zeichens aufgestapelter Volkskraft. Diese Abnahme des Wagemutes ist im einzelnen kenntlich durch Zunahme des Hindrängens zu den Staatsstellen und zu gesicherten Staatsrenten, wie dies ja auch in Frankreich so scharf hervortritt, im Volke aber durch die Abnahme der Kriegsfreudigkeit, sei es zum Schutze, sei es zum Trutze. Zwar sind wir noch lange nicht so weit, wie unsere östlichen Nachbarn und unsere Stammesgenossen über dem Aermelmeer, die wie alle innerlich schwachen Völker ihre Kriege durch Fremde schlagen lassen oder doch schlagen lassen wollen. Wir schwimmen in einem Meere von Weltbürgertum; das Bewußtsein des Staatsbürgertums fehlt uns fast noch gänzlich; oben ebenso wie unten. Der Kern hat sich allerdings durch seine Bodenbeständigkeit auch ein gewisses Volkszusammengehörigkeitsgefühl angezüchtet. Wir geben uns der merkwürdigen Hoffnung hin, daß wir mit unseren bald 70 Millionen imstande sind, die ganze Welt generativ und geistig aufzuzüchten, und sehen nicht, daß der Fremdkörper im Volke, die Ausländer, prozentual schneller wächst als der Wirtkörper. Wir vergessen die Lehre der Geschichte, die schon zwei-

mal uns Deutschen die Entwurzelung von Volksstämmen und die Verzettelung geistiger und körperlicher Kraft als verhängnisvoll gezeigt hat; wir zerfallen in Parteien und Parteichen und vergessen über die Partei das Gemeinsame: Es fehlt uns Deutschen der korporative Wille und das korporative Pflichtenbewußtsein.

Aber was haben diese Mängel mit der Staatsmedizin zu tun? Alles! Ohne den ernsten Willen zum Staatsbürgertum, dem Pflichtbewußtsein gegenüber dem Volke, werden wir eine völkische Gesundheitspflege, eine Rassenhygiene nicht bekommen. Einen zielbewußten Nationalismus der Tat, nicht des Wortes, werden wir nur nach langjähriger Sammlung aller jener bekommen, denen das Staatsbürgertum ernster Wille ist, und nur nach langjähriger systematischer Erziehung unseres Volkes zum Bewußtsein der Pflicht gegen das Volk. Wo immer wir diesen Willen jetzt schon finden, müssen wir ihn hegen und pflegen. Ein Rückgang in der Weltkultur ist durch Konzentration des deutschen Volksbewußtseins nicht zu erwarten, im Gegenteil: Ein starkes, rassentüchtiges Volk ist ein eminenter Fortschrittsfaktor für die Nachbarn; ein innerlich schwaches Kulturvolk ist eine ewige Lockung zur Schwäche und damit zum Verfall des Reiches und zum Rückgang der Kultur.

Will die moderne Staatsmedizin den Anforderungen des Tages gerecht werden, will sie nicht, daß man sie als rückständig und mitschuldig an der verderblichen Entwickelung des Volkes erklärt, so muß sie daran gehen, die Physiologie und Pathologie des Volkes, die Rassenbiologie und die Rassenhygiene zu treiben. Wir müssen die Gesellschaftslehre als einen Teil der Staatsmedizin requirieren, mögen auch die jetzigen Lehrer und Besitzer uns als Eindringlinge und Unverständige behandeln.

Der wichtigste Weg zur Erreichung des Einblickes in das Leben des Volkes ist die Medizinalstatistik. Weitaus der größte Teil der beamteten Aerzte betrachtet die zahlreichen statistischen Arbeiten, die sie zu bewältigen haben, lediglich als ein notwendiges Dienstübel. Das Eindringen in das Wesen der Medizinalstatistik ist vielen von uns verschlossen und wer sich durch Privatfleiß und Privatstudien die Grundzüge der Statistik angeeignet hat, wird sich nur mit einem gewissen Schaudern über die Menge der Ab- und Irrwege, die er gegangen ist, bis er zur Quelle kam, erinnern. Die Systematik und Methodik der Statistik ist als Lehr- und Prüfungsgegenstand der Anwärter als Staatsärzte aufzunehmen. Nur wenn wir auf Grund ordnungsgemäßer Vorbildung die statistische Methodik und Systematik beherrschen, werden wir ein ersprießliches Resultat erzielen. Und dieses Resultat wird besser sein, als das von den bisherigen Berufsstatistikern erzielte. Denn wir Amtsärzte verfügen über ein naturwissenschaftliches Denken und Fassen, über die natürlichen Wege der Beobachtung natürlicher Vorgänge. Es ist an sich ein Unding, daß Juristen medizinische Statistik allein bearbeiten; darüber braucht man kein Wort weiter zu verlieren. Wie wenig die Medizinalstatistik Achtung

findet, zeigt ihre Behandlung in Bayern. In dem Beirat, den das statistische Landesamt sich geben ließ, figuriert ein Tierarzt, ein Kaufmann, ein Schlachter u. s. f. als Vertreter ihres statistischen Zweiges; ein Vertreter der Humanmedizin erschien nicht für nötig.

Ein weiterer Weg, die öffentliche Hygiene, und zwar sowohl die des Individuums, als wie die des Volkes zu fördern, ist die größere Beweglichkeit der Träger der Staatsmedizin, der beamteten Aerzte. Es gibt in Deutschland manche Bundesstaaten, in denen zwar die Vorschrift besteht, daß die die Hygiene berührenden Angelegenheiten den Medizinalbehörden zuzuleiten sind, die Bestimmung aber, ob der einzelne Gegenstand medizinischen Hintergrund hat, ist Sache der Ausführungsbehörden. Bei einem starken Verwaltungsjuristen besteht oft das Bestreben, ohne Amtsarzt auszukommen; der öffentliche Arzt wird mehr oder minder ausgeschaltet oder er muß unter Aufbietung persönlicher Eigenschaften sich die ihm gebührende Position erst sichern. Eine große Menge von Kraft wird so ziel- und zwecklos zur Erledigung der Formalien verschwendet. Zwar ist auch bei den übrigen Sparten der Staatsverwaltung die Person des Trägers der Stelle maßgebend für den Geist, der das Amt beherrscht, aber fast allen übrigen Staatsstellen steht von anfang eine höhere Autorität zur Seite als dem Amtsarzte.

Die schwachen beamteten Aerzte begnügen sich mit der Erledigung des Einlaufes; sie arbeiten pour le roi de Prusse, eine Arbeitsmethode, die in unserer kostspieligen Zeit gar nicht mehr in die Staatsverwaltung hineinpaßt.

Alle Staatsärzte, denen die Sache höher steht als die persönliche Bequemlichkeit, erheben den Ruf nach größerer Unabhängigkeit. Zu der Erfüllung dieser Forderung hat Preußen ein nachahmenswertes Beispiel gegeben, indem es die oberste Medizinalbehörde mit einem Fachmann besetzte. Möge der zweitgrößte Bundesstaat bald nachfolgen und eine Medizinalabteilung im Ministerium bilden, wie es auch eine Bauabteilung gibt. Darüber aber täusche man sich nicht: Eine selbständige Abteilung im Ministerium, eine Entwickelung der Medizinalbehörde bei den Regierungen hat nur Sinn bei der Selbständigkeit der Medizinalbeamten der Distriktsbehörden. Gerade weil die preußischen Kreisärzte selbständiger verfügen als die bayerischen Bezirksärzte, ist der Ruf nach Besetzung der höchsten Fachabteilung mit einem Sachverständigen erfüllt worden. Auch der Ausbau der Mittelstellen läßt oft manches zu wünschen übrig. Sicherem Vernehmen[1]) nach wird in absehbarer Zeit auch in Bayern die Stellung des Verwaltungsarztes besser umschrieben und unabhängiger werden. Wir anerkennen ohne weiteres das Wohlwollen, das gegenwärtig im bayerischen

[1]) Die Abhandlung war vor dem Erscheinen der neuen bayerischen Dienstordnung geschrieben.

Staatsministerium für die Entwickelung der Staatsmedizin sichtlich herrscht, aber wir hoffen auf eine weitere Entwickelung unser Sparte bei unseren Nachkommen, wenn einmal die äußeren Hindernisse weggefallen sind.

Eine größere Beweglichkeit der Medizinalabteilung gibt der engere Anschluss der Staatsmedizin an die pädagogische Wissenschaft und derer Träger, mit denen der moderne Staatsarzt enger verbunden sein soll als mit den Richtern. Und wie die Verbindung mit der Justiz befruchtend auf diese wirkt und zugleich fördernd auf die Staatsmedizin zurückwirkt, so ist ein solcher Nutzen auch aus der Annäherung an die Erziehungskunst zu erwarten.

Der Uebergang vom Individuum zum Staat bildet die Familie. Sie ist die Urzelle des Staates. Die öffentliche Gesundheitspflege der Familie deckt sich teils mit der des Individuums, teils mit der des Staates. Aber es gibt doch spezifisch Familienangelegenheiten, deren Erledigung den Amtsärzten zufällt. Auch hier müssen wir vor allem die Physiologie und Pathologie der Familie eingehend studieren, und dies geschieht wiederum am besten mit Hilfe der systematischen Medizinalstatistik. Gerade in der Gegenwart hat die Familie ihren Existenzkampf zu kämpfen. Die Ausbildung der früheren Aufgaben der Hausfrau zu selbständigen, größtenteils männlichen Berufszweigen, die Kommunalisierung von bisherigen häuslichen Beschäftigungen der Familienmutter, die Tatsache, daß früher der Mann die Rohprodukte der Ernährung herbeischaffte und die Frau die ihre Umänderung zu Gebrauchszwecken in der Familie vornahm, während jetzt ein außerordentlich großer Teil der Lebensbedürfnisse gebrauchsfertig bezogen wird, hat die notwendige Erwerbsquote erhöht, so daß der Mann allein sie nicht mehr bringen kann. Die Frau der niederen Volksklassen muß in der Gegenwart viel mehr verdienen als in der Vergangenheit; daran ändert alles Humanitätsbestreben nichts.

Keine Staatsregierung und Volksvertretung der Welt kann diese Umänderung der Arbeitsverhältnisse mehr aufhalten oder gar zurückschrauben. Damit wird die Frau außer Hause geführt und die Außenarbeit der Frau der Unterstände ist ein signifikantes Merkmal der Gegenwart-Kultur. Der Einfluß auf die Ehe und auf die sichtbare Energie und Wirkung der Ehe, auf die Zahl und Tüchtigkeit der Kinder, ist damit klargelegt. Die bisherige Bequemlichkeit der Staatsmedizin die Familie als einen außerhalb der staatsärztlichen Aufgabe liegenden Faktor des öffentlichen Lebens zu erklären, hat weder der Staatsmedizin, noch dem Staate genutzt. Wir müssen, wollen wir oder wollen wir nicht, die Familie als Medizinalangelegenheit betrachten. Hier und da regt sich das Verständnis für diese Frage. Das Wohnen und die Fürsorge für die Wohnungen ist nicht mehr lediglich die Geschäftsaufgabe der Baukunst, die Ernährung der Massen nicht mehr ausschließlich die Sparte der Landwirte und des Handels, die Frage der Arbeitszeit und damit die Frage

der Erholung, der Zeit in der Familie nicht mehr ausschließlich Machtbereich der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer: Ueberall trägt die soziale Medizin ihre Gedanken hinein. Allerdings bisher großenteils die inoffizielle Sozialmedizin; die Staatsmedizin ist oft recht vorsichtig geblieben. Die Erweiterung der Geschäftsaufgabe der öffentlichen Medizin in dieser Richtung ist nur mehr Frage der Zeit.

So sproßt und grünt es denn überall in der öffentlichen Gesundheitspflege. Nicht alles, was blüht, wird auch Früchte tragen. Aber sollen wir deshalb die Blüte unterdrücken? Ein Verwaltungsarzt, der die finanziellen Verhältnisse, die Erwerbsverschiedenheiten seines Bezirks, der die Familienbildung und die Fortpflanzungsart seines Bezirks, die Bewegung der ihm anvertrauten Bevölkerung nicht ins Detail kennt, wird mit seinen polizeilichen Maßregeln zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten und der automatischen Vorkehrungen auch nicht viel erreichen. Mit großer Genugtuung begrüßt es der bayerische Bezirksarzt, daß die bayerische Staatsregierung den Weg beschritten hat, den Amtsarzt und die Bevölkerung zu nähern, wie die neue Dienstanweisung dies vorschreibt.

Ich glaube, es war A. v. Humboldt, der einmal gesagt hat, durch die Naturwissenschaften, insbesondere durch die Medizin wird die Wiedergeburt des Volkes einst betätigt werden. Möge dies tatsächlich der Fall sein!

Einige Bemerkungen zu dem Artikel von Dr. Kerckhoff „Das kleine Krankenhaus auf dem Lande".

Von Dr. **Helwes**, Kreisarzt in Diepholz.

Der Artikel des Dr. Kerckhoff in Nr. 5 dieser Zeitschrift, dessen umfassenden Ausführungen man im allgemeinen durchaus beipflichten kann, gibt mir Veranlassung zu einigen Bemerkungen über verschiedene Punkte dieses Aufsatzes, die nicht überall Zustimmung finden dürften.

Zunächst ist es der Einheitssatz pro Bett, der von Dr. K. im Gegensatz zu v. Esmarch, der 3000 Mark annimmt, auf 2000 Mark (ohne Inventar) geschätzt wird, den ich nicht gelten lassen möchte. So weit die hier gemachten Erfahrungen reichen, die mit vielen anderen übereinstimmen, kann man bei den heutigen Anforderungen ein modernes, hygienisch gut eingerichtetes Krankenhaus nicht unter 3000 Mark pro Bett (ohne Einrichtung) bauen. Die möglichst genaue Festlegung eines solchen Einheitssatzes ist gerade bei dem Bau eines kleinen Krankenkauses nicht ohne Wert. Da nämlich die Mittel für ein solches in der Regel aus den verschiedensten Quellen zusammenfließen, so pflegen schon alle diese Quellen vollständig erschöpft zu sein, wenn man den einmal berechneten Satz erreicht hat. Ist dieser nun zu niedrig veranlagt, so steht man bei der Ueberschreitung desselben vis à vis de rien. Man kann als Folge

dann auf viel persönliche Schwierigkeiten und Verärgerungen rechnen, vor allem aber wird als sicherer Erfolg herausspringen, daß alles, was nachher noch gemacht werden muß, möglichst billig, und das heißt, möglichst unhygienisch hergestellt wird.

Also ergibt sich als Folgerung: Den Einheitssatz pro Bett nicht zu niedrig nehmen! Lieber warte man noch einige Jahre mit dem Bau und lasse das Kapital wachsen; denn, wenn ein größerer Baufonds vorhanden ist, so nimmt er durch Zuwendungen aller Art von selbst zu, dann entsteht in der Bevölkerung ein Wetteifer, um endlich auch das Werk zustande zu bringen. Dabei will ich noch bemerken, daß der Erwerb des Bauplatzes nicht lange hinausgeschoben werden soll, sondern im Gegensatz zum eigentlichen Bau aus verschiedenen Gründen möglichst frühzeitig in die Wege geleitet werden muß.

Zu einem anderen Punkte übergehend, scheint es mir unausführbar, daß das kleine Krankenhaus, wie Dr. K. auf S. 142 sagt, „den kleinen, unversorgten, verwaisten Kindern, die bis zu ihrer Konfirmation von der Kommune ernährt und erzogen werden müssen, Aufnahme und Unterkommen gewähren soll". Kleine Kinder, und seien sie auch über 6 Jahre alt, passen nicht in ein Krankenhaus. Sie stören die Schwestern und den ganzen Betrieb; eigentlich ist auch niemand da, der genügend für ihre Erziehung sorgen könnte. Mögen auch die Schwestern zum Teil ein gutes Erziehungstalent haben, so werden sie doch meistens nur wenig Zeit finden, sich um die Kinder zu kümmern. Warum soll man auch von dem bewährten System der Unterbringung solcher Kinder in anderen Familien, wie es jetzt in der Regel (sogar von Waisenhäusern) gemacht wird, abgehen, zumal in den Familien auf dem Lande bei der heutigen Aufsicht ganz gute Resultate erzielt werden.

Weniger ist gegen die Aufnahme hochbetagter, aber vermögender Männer und Frauen für die letzte Zeit ihres Lebens einzuwenden. Da aber die armen Siechen und Kranken doch in erster Linie aufgenommen werden müssen, so dürfte sich für die eben Genannten zur gegebenen Zeit nicht immer Platz finden.

Dabei soll man sich ja hüten, die Siechenabteilung des kleinen Krankenhauses zu groß werden zu lassen. Sonst wird nur zu leicht aus dem Krankenhaus ein Siechenhaus, wie das in der Rheinprovinz vielfach der Fall sein soll.

Die Aufgaben des kleinen Krankenhauses bestehen in der Bereitstellung:

1. von Zimmern für die verschiedensten Erkrankungen mit Ausnahme der Infektionskrankheiten,
2. von einer Abteilung für Infektionskranke,
3. von einer solchen für Sieche,
4. (wenn am Orte viel Tuberkulose vorhanden ist) von einer solchen für Tuberkulöse.

Nun fordert Dr. K. in Nr. 2 der vier „Forderungen, die in jeder, wenn auch kleinen, aber rationellen Krankenhausanlage

auf dem Lande erfüllt werden müssen“ weiter, daß die Krankenzimmer „teils nach dem Geschlecht, teils nach Krankheitsgruppen abgetrennt sein müssen“. Diese Abtrennung nach dem Geschlecht in gesonderten Abteilungen verlangt übrigens auch der § 18 der Min.-Anweisung vom 9. Juli 1911. Und doch dürfte eine solche Unterbringung der Geschlechter in getrennten Abteilungen auf große Schwierigkeiten in einem kleinen Krankenhause stoßen. Wenn das Gebäude so groß ist, daß es zweigeschossig gebaut wird, so ist die Scheidung von Männern und Frauen in besonderen Abteilungen leichter durchführbar. Bei eingeschossigen Häusern mit den anderen oben genannten Abteilungen wird es schwer, ja unmöglich sein. Man wird ja selbstverständlich Männer und Frauen stets in verschiedene Zimmer legen, aber man kann in einem kleinen Landkrankenhause, wenn man allen Ansprüchen genügen will, nie bestimmte Zimmer für Männer und wieder andere für Frauen reservieren, sondern man muß, um den Bedürfnissen zu entsprechen, im Fall des Nichtbelegtseins eines Zimmers entweder Männer oder Frauen aufnehmen, wie es gerade die Not fordert. Im hiesigen Krankenhause sind z. B. drei Krankenzimmer vorhanden, die nebeneinander liegen; sie befinden sich in der Mitte der ganzen Anlage und werden, je nach Bedarf, mit Männern oder mit Frauen belegt. Mißstände haben sich bislang noch nicht ergeben.

Es wäre daher im Interesse des Baues kleiner Krankenhäuser wünschenswert, daß im § 35 der Min.-Anweisung dem Regierungspräsidenten die Befugnis erteilt würde, auch von § 18 Ausnahmen zuzulassen.

In einem kleinen, ländlichen Krankenhause wird wohl in der Regel nur eine Klasse eingerichtet werden, das meint auch Dr. K. Wenn alle Zimmer neuzeitlich hygienisch installiert werden, so ist das auch entschieden das Richtige. Ob man gut tun würde, wie es K. will, ein Zimmer erster Klasse einzurichten, das erscheint mir zweifelhaft. Wird nicht dieses Zimmer häufig leer stehen und dadurch unverhältnismäßig viel Geld kosten? Will man Leute aufnehmen, die größere Ansprüche machen, so kann man, wie es hier in einem Falle geschehen ist, dem Betreffenden ein Krankenzimmer überweisen und ihm erlauben, es mit einem Teil seiner eigenen Möbel auszustatten.

In etwas größeren Verhältnissen richtet man, so weit ich unterrichtet bin, dann zwei Klassen mit ungefähr gleicher Bettenzahl ein.

In betreff der Beheizungsfrage sollte man sich auch bei einem ganz kleinen Krankenhause nie auf Kompromisse mit Oefen einlassen; nur allein die Zentralheizung verbürgt die Befolgung der hygienischen Förderungen. Sie bringt auch im Betriebe durch den geringen Verbrauch von Arbeitskräften das wieder ein, was die Neuanlage einer Zentralheizung mehr kostet als Oefen. Amerikaner sind ja gewiß die vollkommensten Oefen, aber auch sie bringen Staub und Schmutz in das Zimmer; auch sie können bei widrigen Winden rauchen und erfordern ein

jeder die gleiche Bedienung, die eine Zentralheizung an ihrem Ofen verlangt.

Damit bin ich am Ende meiner kurzen Bemerkungen angelangt und möchte nur wünschen, daß diese in Verbindung mit dem ausführlichen Artikel des Kollegen Kerckhoff die Aufmerksamkeit aller Beteiligten und besonders der Medizinalbeamten erneut auf die kleinen Krankenhäuser und ihren Nutzen für eine geregelte Krankenpflege und Seuchenbekämpfung hinweisen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Psychiatrie.

Zur Kenntnis der psychischen Störungen nach Kohlenoxydvergiftungen. Von Gotthard Giese, Königsberg. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie; 68. Band, 6. Heft.

Die Krankheitsbilder nach Kohlenoxydvergiftungen können sehr verschiedenartig sein. Giese erwähnt schwere organische Formen mit raschem, tödlichem Ausgang auf der einen Seite und auf der anderen Seite leichte Verwirrungszustände und amnestische Störungen mit Ausgang in mehr oder minder vollständige Heilung. Dazwischen lagen teils konstante, teils regressive Demenzen mit den charakteristischen Gedächtnisstörungen, nervöse Konstitutionen von hysterischem und neurasthenischem Typus und verschiedene allgemeine Schwächezustände mit vorwiegend körperlichen Symptomen. Auch der Korsakowsche Komplex ist ein sehr häufiger Reaktionstypus nach Kohlenoxydvergiftungen.

Die Kohlenoxydvergiftung ruft demnach keine durch spezifische Veränderungen des Nervensystems bedingte Erkrankungen hervor. Es handelt sich vielmehr um symptomatische Störungen, die teils organischer, teils funktioneller Natur sind. Dr. Többen-Münster.

Psychose durch Kohlenoxydvergiftung. Von Dr. Quensel-Leipzig. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 11.

34jähriger Bergmann, der bei Versuchen, einen verunglückten Kameraden zu retten, eine schwere Rauchgasvergiftung erlitten hatte. Er wurde bewußtlos aufgefunden; die Bewußtlosigkeit, verbunden mit großer Unruhe, hielt 5 Tage an. Es schloß sich nun ein Zustand schwerer Verwirrtheit an, in dem Patient seine eigene Frau nicht erkannte. Er machte einen völlig verblödeten Eindruck, war apathisch und zeigte ausgesprochene Amnesie nicht nur für den Unfall, sondern für sein ganzes früheres Leben. Zeitweise bekam man einzelne Antworten von ihm; sein Gedankenablauf war aber stark gehemmt. Körperlich fanden sich Differenz der Pupillen, träge Reaktion, Fazialisparese rechts, Abweichung der Zunge nach rechts, Steigerung der Patellarreflexe und Sprachstörung. Die Erscheinungen gingen sehr langsam zurück; nach einem halben Jahr fand sich der Kranke allerdings bedeutend besser zurecht, war aber immer noch völlig arbeitsunfähig und pflegebedürftig. Rpd. jun.

Assoziationsvorgänge bei Defektpsychosen. Von Dr. Max Rohde, Oberarzt im 7. rhein. Infanterieregiment Nr. 69. Monatsschrift für Psychiatrie; Heft 6, Band 30.

Rhode glaubt nach seinen Untersuchungen feststellen zu können, daß die Assoziationsproben bei der Diagnose der Geisteskrankheiten und insbesondere bei derjenigen der Defektpsychosen eine bedeutende Erleichterung für die Feststellung des Krankheitszustandes bieten können. Besonders weist er hin auf die Versuche, die während des epileptischen Dämmerzustandes in seinen verschiedenen Stadien angestellt wurden, und zwar reagierte der Patient auf der Höhe des Paroxysmus sinnlos und inkohärent, während er beim Aufwachen normal reagierte. Rohde glaubt, daß man mit Hilfe der Assoziationsproben mancherlei, besonders Wahnideen, aus dem Patienten hervorlocken kann, die sonst nicht oder doch nur durch Zufall bekannt werden würden. Er erwähnt

in dieser Beziehung insbesondere seine Fälle von Dementia paranoides. In weit höherem Maße würden seines Erachtens die Assoziationsversuche „Ueberlistungsversuche“ darstellen bei der chronischen Paranoia mit ihrem Wahnsystem. Gerade bei dieser Erkrankung glaubt der Verfasser, daß man mit Hilfe der Assoziationsproben schneller dazu gelangt, Wahnideen zu eruieren als mit anderen Methoden. Eine sehr wertvolle Unterstützung liegt nach Rhode endlich darin, daß es eventuell bei Gehemmten zuweilen gelingt, sprachliche Innervationen auszulösen, was ohne Zurufen des Reizwortes dem Autor oft nicht möglich war. Dr. Többen-Münster.

Ueber affektepileptische Anfälle bei Psychopathen. Von Oberarzt Dr. Stallmann. Aus der Provinzial-Heilanstalt Merzig. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie; 68. Band, 6. Heft.

Stallmann stellt an die Spitze seiner Ausführungen den Satz, daß es Psychopathen gibt, die an typischen epileptischen Anfällen leiden und dennoch keine Epileptiker sind. Die meisten der von ihm beobachteten Krampfanfälle wurden durch Einwirkung eines äußeren Reizes verschiedenster Form ausgelöst. Als Reize kamen ein mißglückter Selbstmordversuch, der Aerger über Bemerkungen anderer Anstaltsinsassen oder protahierte Reize, insbesondere das gerichtliche Verfahren und die Haft in Betracht. Nach Wegfall der Reize blieben auch die Anfälle aus, wenigstens auf längere Zeit, um dann durch neue Reize wieder hervorgerufen zu werden. Wenn man den zeitlichen Verlauf der Anfälle im ganzen betrachtet, so ist als wesentlicher Unterschied gegenüber dem Verlauf der Anfälle genuiner Epileptiker bei den Affektepileptikern ein episodisches Auftreten mit monatelangen Pausen oder ein nur einmaliges Auftreten hervorzuheben, während bei der genuinen Epilepsie die Anfälle gewöhnlich gleichmäßiger auf die Jahre verteilt sind. Schwierig kann bei der Aufstellung dieses Krankheitsbildes die Unterscheidung von der Hysterie werden.
Dr. Többen-Münster.

Tetanie und Epilepsie. Von Prof. Dr. Emil Redlich in Wien. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie; Heft 6, Band 30.

Die relativ große Zahl von 11 Kranken, bei denen Redlich in den letzten Jahren das Nebeneinandervorkommen von Tetanie und Epilepsie beobachten konnte, legte ihm den Gedanken nahe, diese wiederholt beschriebene Kombination beider Krampfformen nochmals einer genauen Untersuchung zu unterziehen. Es handelt sich bei seinen Fällen meistens nur um das Auftreten vereinzelter, mitunter mit dem Zessieren der Tetanie wieder verschwindender epileptischer Anfälle. Manchmal werden aber, in der Regel freilich nur dann, wenn auch die Tetanie chronisch wird, mit und ohne nachweisbare Dispositionen zur Epilepsie diese Anfälle chronisch und entwickeln sich dann zweifellos zur Epilepsie mit allen ihren Konsequenzen. Redlich sieht in dieser Tatsache einen Beweis dafür, daß Schädlichkeiten, die einzelne epileptische Anfälle auslösen, unter besonderen Umständen auch zur Entwicklung der Krankheit Epilepsie Anlaß geben. Dr. Többen-Münster.

Alkohol und Homosexualität. Von Med.-Rat Dr. Näcke in Hubertusburg. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie; 68. Band, 6. Heft.

Näcke bespricht in seiner interessanten Arbeit die Wechselwirkung zwischen Homosexualität und Alkohol und beantwortet insbesondere folgende Fragen:

1. Kann Alkohol echte Homosexualität erzeugen?
2. Wirkt Alkohol schädigend auf Urninge ein und inwiefern?
3. Neigen die Homosexuellen speziell zum Trinken oder nicht und bieten sie andere Trinkertypen dar als die Heterosexuellen?

Die erste Frage, ob der Alkohol echte Homosexualität bei nicht dazu Disponierten erzeugen kann, muß verneint werden. Dagegen glaubt der Verfasser, daß der Alkohol bei gegebener Disposition Inversion zu erwecken vermag.

Was die Wirkung des Alkohols auf die Urninge anbetrifft, so ist sie dieselbe wie bei den Normalen, d. h. also: Er lähmt oder beseitigt die Hemmungsvorstellungen, besonders die Urteilsfähigkeit hinsichtlich etwaiger Folgen und reizt gleichzeitig die Libido, wie schon das leichte Auftreten von

Zotenreißen beweist. Dann ist auch die Bahn zu allerlei sexuellen Exzessen und Perversitäten frei geworden. Der Homosexuelle, der bisher aus ethischen Gründen oder aus Angst, sich zu kompromittieren, oder in Erpresserhände zu fallen, sich keusch gehalten hat, fällt in einer schwachen Stunde der Versuchung zum Opfer, wenn die Sinne umnebelt sind. In solchen Fällen würde man bei ihm und auch beim Heterosexuellen in foro wohl verminderte Zurechnungsfähigkeit aussprechen, aber nicht den § 51 anwenden.

Die dritte Frage ist dahin zu beantworten, daß gewöhnlich der Urning an sich nur wenig trinkt, selten Säufer wird, dann aber vom heterosexuellen Trinker sich nicht unterscheidet. Dr. Többen-Münster.

Selbstanzeigen Geisteskranker. Von Dr. Herm Haymann. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen; 7. Band, Heft 8. Halle a. S. Verlag von Marhold. Kl. 8°, 29 S. Preis: 1 Mark.

Die Ausführungen des Verfassers zeigen, daß in jedem Falle von Selbstanzeige die Annahme eines pathologischen Vorganges zum mindestens nicht von der Hand zu weisen ist; es ergibt sich daraus die Forderung, in diesem Falle stets, selbst wenn dem Anscheine nach jener Verdacht durch nichts geweckt wird, einen psychiatrisehen Sachverständigen heranzuziehen. In mehreren von Haymann angeführten Fällen wurden empfindliche Freiheitsstrafen von Unschuldigen durch den Psychiater abgewendet, der nachwies, daß Störungen der Denkprozesse, der Stimmung, des Trieblebens oder Trübung des Bewußtseins Ursache einer Selbstanzeige geworden sind für Straftaten, die andere vollbracht hatten oder die gar nicht stattgefunden hatten oder die der Anzeigende zwar verübt, aber nur aus krankhaften Motiven zur Anzeige gebracht hatte.

Dr. Többen-Münster.

Zur Statistik und Symptomatologie der bei Marine-Angehörigen vorkommenden psychischen Störungen, insbesondere über Katatonie, pathologischen Rausch, Imbezillität und deren forensische Beurteilung. Von Marine-Oberstabsarzt Dr. Auer, kommandiert zur psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel. Archiv für Psychiatrie; 49. Band, I. Heft.

Auer weist einleitend darauf hin, daß nach dem Vorgange von Wilhelmshaven auch im Kieler Marine-Lazarett eine psychiatrische Abteilung eingerichtet wurde, die einem auf diesem Spezialgebiet vorgebildeten Marinearzt unterstellt worden ist. Bis dahin wurden die zum Bereich der Marinestation der Ostsee gehörigen Marine-Angehörigen, die wegen psychischer Erkrankung behandelt oder auf ihren Geisteszustand beobachtet werden mußten, gewöhnlich der psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel zugeführt. Von nun an wird natürlich von den im Lazarett getroffenen Einrichtungen zur Unterbringung Geisteskranker und Beobachtung Krimineller weitgehender Gebrauch gemacht werden. Es besteht jedoch keineswegs die Absicht, auf die in vielen Jahren erprobte Unterstützung der Klinik ganz zu verzichten, zumal da Psychosen mit heftigen Erregungszuständen auch jetzt noch am besten dort untergebracht sein werden. Immerhin ist die Behandlung psychisch Kranker und die Beobachtung von Untersuchungsgefangenen aus der Marine in der Kieler Klinik mit dem Ende des Jahres 1910 bis zu einem gewissen Abschluß gelangt. Dieser Umstand gibt dem Verfasser Veranlassung, das reichliche Material der Klinik, soweit es Angehörige der Marine betrifft, zusammenzustellen, und zwar unter Anführung zahlreicher Gutachten und unter besonderer Berücksichtigung der forensischen Beurteilung der in der Ueberschrift genannten Krankheitsbilder.

Dr. Többen-Münster.

Eine Entscheidung von grundsätzlicher Bedeutung auf dem Gebiete des Irrenwesens (Anfechtungsklage gegen Entmündigung). Mitgeteilt von Gerichtsassessor Dr. jur. et rer. pol. C. Falck-Berlin. Halbmonatsschrift für soziale und praktische Medizin; 1911, Nr. 25.

Ein wegen Geisteskrankheit Entmündigter reicht gegen die Staatsanwaltschaft die Anfechtungsklage gegen die Entmündigung ein und beantragt den Erlaß einer einstweiligen Verfügung, daß der ihm bestellte Vormund abgesetzt werde. Das Landgericht weist den Antrag als unzulässig ab. Hier-

gegen legt der Antragsteller das Rechtsmittel der Berufung beim Kammergericht ein und stellt folgende Anträge:

1. dem Antrag auf Erlaß einer einstweiligen Verfügung stattzugeben;

2. dem Vormund die Sorge für die Person oder das Vermögen zu entziehen;

3. ihm seine Freiheit zu lassen und ihm monatlich eine bestimmte, seinen Ansprüchen entsprechende Summe zu zahlen.

Das Kammergericht hat das angefochtene Urteil im Wege der einstweiligen Verfügung und zwar für die Dauer des Anfechtungsprozesses dahin abgeändert, daß

1. dem Vormund verboten wird, den Kläger in der Wahl seines Aufenthaltes zu beschränken und

2. ihm geboten wird, dem Kläger eine bestimmte Summe zu verabfolgen.

Die weitergehenden Anträge sind abgewiesen.

Aus den Gründen ist erwähnenswert, daß das Kammergericht auf Grund des beigebrachten Urkundenmaterials für ausreichend glaubhaft gemacht ansieht, daß der Kläger gegenwärtig geistig gesund und geschäftsfähig ist, daß er sich in dauernder Furcht befindet, wiederum in eine geschlossene Anstalt gebracht zu werden, und daß eine derartige Furcht seine Gesundheit nachteilig beeinträchtigen, ja sogar eine Geisteskrankheit zeitigen kann. Deshalb ist im Wege einstweiliger Verfügung angeordnet, daß der Kläger in der Wahl seines Aufenthaltes frei ist.

Auch die vollständige pekuniäre Abhängigkeit des Klägers vom Vormund ist geeignet, die körperliche und geistige Gesundheit des Klägers zu gefährden. Er muß in den Stand gesetzt sein, sich nach den Aufregungen der letzten Zeit gut zu verpflegen, entsprechend aufzutreten sowie die zu seiner Rechtsverfolgung erforderlichen Kosten zu bestreiten usw. Deshalb ist dem Vormunde zu gebieten, dem Kläger aus den Einkünften des Mündelvermögens eine Unterhaltsrente zu zahlen.

Eine zum Schutz der Person oder des Vermögens des Entmündigten bestimmte Anordnung kann in der Regel nicht getroffen werden, ohne daß dadurch in die Befugnis des Vormundes eingegriffen wird. Aber da der Gesetzgeber Anordnungen zum Schutze der Person oder des Vermögens des Entmündigten im Anfechtungsprozesse für zulässig erklärt hat, so muß er damit gerechnet haben, daß eben auch in die Befugnisse des Vormundes eingegriffen werden kann.

Der Umstand, daß durch die einstweilige Verfügung dem Vormunde eine Handlung ge- oder verboten wird, trotzdem dieser nicht Partei ist und auch sonst zum Verfahren nicht zugezogen ist, steht zwar mit den Grundsätzen, daß das Urteil nur Recht schaffe zwischen den Parteien, nicht im Einklang, aber hieraus kann ein Grund gegen die Zulässigkeit der erlassenen Anordnung nicht entnommen werden; denn einmal ist das Verfahren in Entmündigungssachen ein ganz besonders geartetes, und sodann ist die Zuziehung des Vormundes nur in bestimmten, hier nicht vorliegenden Fällen geboten.

Eigentümlich mutet es den nicht-juristischen Leser an, daß es weiter heißt: „Eine andere, hier nicht zu entscheidende Frage ist die, ob der Vormund event. zur Befolgung der einstweiligen Verfügung durch das Vollstreckungsgericht oder durch das Vormundschaftsgericht anzuhalten ist.“

Dr. Hoffmann-Berlin.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Die Heilbarkeit nervöser Unfallsfolgen. Dauernde Rente oder einmalige Kapitalabfindung? Von San.-Rat Dr. Leopold Laquer, Nervenarzt in Frankfurt a. M. Sammlung zwangsloser Abhandlungen; 9. Band, 5./7. Heft.

Der bekannte Verfasser kommt in seinen interessanten, klinischen und sozialhygienischen Darlegungen zu folgenden Ergebnissen:

1. Die allzu rasche Gewährung einer Dauerrente an Unfallsneurotiker und ihr langjähriger Bezug ist ihrer Heilung fast immer hinderlich.

2. Wiederholte Heilversuche und langausgedehnte Beobachtungen in Kliniken und sonstigen Heilanstalten steigern die Beschwerden bei Unfallsneurosen und hemmen ihre rasche Genesung.

3. Eine genaue Nachprüfung der Gesundheits- und Erwerbsverhältnisse von nervös gewordenen Unfallverletzten, die eine größere oder geringere

Abfindung erhalten hatten, ergibt ihre völlige Gesundung in wirtschaftlicher Beziehung. Eine Kapitalszahlung hilft den Kranken in rascher und ausgiebiger Weise über die nervösen Unfallsfolgen hinweg.

4. Zur Verhütung des Anreizes zu unberechtigten Bereicherungsideen in weiten Kreisen der Bevölkerung darf die Entschädigungssumme nicht zu hoch bemessen werden.

5. Um die Folgen von diagnostischen Irrtümern möglichst einzuschränken, sollten bei Unfallsneurosen etwa 5 Jahre lang nicht zu kleine Teilrenten zum Zwecke der Schonung gezahlt werden. Dann aber ist der Anspruch durch einmalige Kapitalabfindung schnell und endgültig zu erledigen.

6. Wenn die Kapitalabfindung — eventuell in zwei Raten — in Aussicht genommen ist, empfiehlt es sich, die letzte Untersuchung und Entscheidung durch ein mehrgliedriges ärztliches Schiedsgericht vornehmen zu lassen, dem mindestens einer der behandelnden Aerzte des Verletzten angehören muß.

Dr. Többen-Münster.

Ein Fall von einseitiger kompletter Okulomotoriuslähmung nach indirektem Trauma. Von Stabsarzt Dr. Partenheimer-Cöln. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 46.

25jähriger Kaufmann, der beim Reckturnen auf das Gesicht gefallen war, ohne daß sich zunächst irgendwelche Erschütterungen des Zentralnervensystems zeigten. Nach 4 Tagen traten ziemlich unvermittelt heftige Kopfschmerzen in der linken Stirn- und Schläfengegend auf. Nach weiteren zwei bis drei Tagen traten linksseitige Ptosis und Doppelbilder hinzu. Die Ptosis wurde so stark, daß das linke Auge völlig geschlossen war. Der linke Augapfel konnte nach oben, unten und innen nicht bewegt werden; die Pupille war größer als die rechte und zog sich auf Lichteinfall und Akkomodation nicht zusammen. Als Ursache dieser isolierten Lähmung nimmt Verfasser eine Blutung im Gehirn an, und zwar eine subnukleäre, faszikulare. Die Erscheinungen gingen sehr schnell zurück, naeh zirka drei Wochen war völlige Heilung eingetreten. Rpd. jun.

Ein Fall von Anarithmie. Von Oberstabsarzt Dr. Drenkhahn. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1912, Nr. 3.

Ein Soldat — im Zivilverhältnis Kaufmann mit guter Volksschulbildung — erlitt durch Sturz vom Pferde eine Gehirnerschütterung, von der noch monatelang eine Ungleichheit der Pupillen und eine Fazialisschwäche zurückblieben. In der ersten Zeit nach dem Unfall war der Verletzte zu jeder geistigen Tätigkeit unfähig und konnte auch die einfachsten Rechenaufgaben nicht lösen. Etwa zwei Jahre nach dem Unfall war erhebliche Besserung festzustellen; Erinnerungslücken betrafen hauptsächlich die Zeit vor und nach dem Unfall, sowie den Unfall selbst. Es bestand fast vollständige Unfähigkeit, mit unbenannten Zahlen zu rechnen und vierstellige Zahlen zu schreiben. Hieraus schließt Drenkhahn auf das Vorhandensein einer allgemeinen Schädigung des Gehirns, bei der die Tätigkeit des Rechnens verloren gegangen sei; er hält ein Wiedererlernen für möglich. Dr. Bernstein-Allenstein.

Primärer latent verlaufender Speiseröhrenkrebs. Metastase am Schädeldache als Unfallfolge. Von Dr. M. Strauß, Spezialarzt für Chirurgie in Nürnberg. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 7.

Bei einem 40jährigen Arbeiter, welcher beim Oeffnen eines Tores in der Dunkelheit gegen einen in Kopfhöhe stehenden Riegel so heftig stieß, daß er beinahe umfiel, entwickelte sich nach einiger Zeit an der Stelle des Stoßes ein kleiner schmerzhaftes Knoten, welcher sich bei der Inzision als ein solider, weicher, vom Periost ausgehender Tumor erwies, dessen Schnittfläche einen sarkomartigen Eindruck machte. Nach der histologischen Untersuchung der exzidierten Geschwulst handelte es sich um einen epithelialen Tumor, der bei seiner Lokalisation als metastatischer, sekundärer aufgefaßt werden mußte und, wie die nach einigen Wochen ausgeführte Autopsie ergab, von einem Speiseröhrenkrebs herrührte, der in der Mitte der Speiseröhre saß und ins Mediastinum perforierte.

Für die Gutachtertätigkeit war die histologische Untersuchung von aus-

schlaggebender Bedeutung. Es war unzweifelhaft, daß die Metastase als Unfallfolge betrachtet werden mußte. Dies wurde auch von der Berufsgenossenschaft ohne weiteres anerkannt. Anderseits mußte der Gutachter in seinem ersten Gutachten bereits darauf hinweisen, daß auf Grund des histologischen Befundes ein weiteres Leiden vorliege, das für den eintretenden Todesfall verantwortlich zu machen sei und daß zur Feststellung dieses Leidens die Obduktion nötig sei. Auf Grund des Sektionsbefundes wurde sodann jeder Rentenanspruch abgewiesen, weil die Todesursache durch das Oesophaguskarzinom gegeben war und die Unfallfolge den Eintritt des Todes nicht beschleunigt hatte. Schließlich erwähnt Verfasser noch, daß sich zwar beim Oesophaguskarzinom ziemlich häufig, d. h. in 60 Prozent aller Fälle Metastasen finden, jedoch meist hierbei die Drüsen befallen sind. Die hier vorliegende Periostmetastase ist mit Sicherheit durch das Trauma veranlaßt und gestattet weite Ausblicke auf die Genese der malignen Tumoren und Metastasen. Die einwandfreie Sachlage legt den Gedanken einer Karzinom- und Metastasengenese durch lebende Zellen nahe, die bakterienähnlich im Blute kreisen. Endlich zeigt der Fall, wie wichtig und notwendig die Bedeutung der exakten histologischen Untersuchung traumatisch maligner Geschwülste für die richtige Beurteilung eines Falles sein kann. Dr. Waibel-Kempten.

Der Untersuchungsbefund am rheumatisch erkrankten Muskel. Von Dr. A. Müller in M.-Gladbach. Zeitschrift für klinische Medizin; 1911, 74. Bd., Heft 1 und 2.

Bei keiner Krankheit ist die Beantwortung der Frage, ob sie überhaupt vorhanden sei, so schwierig wie beim Muskelrheumatismus. In den Lehrbüchern findet man unklare Begriffsbestimmungen von Myositis, Myitis, Myalgie; das Fehlen von sicht- und fühlbaren Veränderungen wird von einzelnen gerade als charakteristisch bezeichnet. Müller fordert gründliche Palpation der erkrankten Körperteile; um den Widerstand der Haut zu beseitigen, reibt er sie nicht mit Oelen oder Seifen, sondern mit einer Abkochung von Karrageen (50 g auf 1½ Liter Wasser) ein. Beim Abtasten ist Vergleich der kranken mit den gesunden Muskeln und Kenntnis der Beschaffenheit des normalen Muskels erforderlich. Müller unterscheidet nun: den akuten Anfall mit Spannung, gleichmäßiger Schwellung und örtlicher Temperaturerhöhung, aber ohne Knoten und ohne Infiltrate — dagegen den subakuten und chronischen Zustand, in dem häufig von mehreren gleichzeitig erkrankt gewesenen Muskeln nur einer noch erkrankt bleibt, was sich durch Schwellung, örtliches Schwitzen äußern kann, immer aber durch Erhöhung der Muskelspannung zu erkennen ist, die bei möglichst entspannter Lage des Kranken untersucht werden muß (Seitenlage ist besser als Bauch- oder Rückenlage). Dazu kommen Faserverhärtungen von strangförmigen, die Muskelfaserrichtung entsprechenden Verlauf, später auch Faszienverdickungen. Außerdem gibt es Insertionsknötchen von höchstens Erbsengröße, rundlich, höckerig. Alle diese Erscheinungen können auch vorhanden sein, ohne Beschwerden zu verursachen: latenter Rheumatismus. Durch bestimmte Reize, gegen die der Muskel überempfindlich ist, wird in ihm eine den Reiz überdauernde Reaktion ausgelöst. — Anatomisch sind die beschriebenen Muskelveränderungen noch nicht nachgewiesen; Müller erklärt dies dadurch, daß die Hauptveränderung, nämlich die gesteigerte Muskelspannung, mit dem Tode aufhört. Vielleicht werden aber seine Ausführungen Anlaß zu weiteren klinischen oder anatomischen Untersuchungen geben, die auch für den als Sachverständigen tätigen Arzt, besonders bei der Invalidenversicherung, von Wert sein dürften. Dr. Bernstein-Allenstein.

Ueber das Wesen und die Behandlung der stenosierenden Tendovaginitis am Processus styloideus radii. Von Prof. Dr. de Quervain in Basel. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 1.

Es kommt nach Verfasser und anderer Autoren Beobachtung besonders bei weiblichen Individuen bisweilen ohne ersichtlichen Grund, bisweilen aber unter dem Einfluße von Traumen im weiteren Sinne: Einwirkung von Ueberarbeitung (Reibung) und direkte Schädigungen des durch die anatomische Lage besonders ausgesetzten Sehnenscheidenfaches zu einer relativen Verengerung des Sehnenscheidenfaches des Extensor pollicis brevis und des Abductor pollicis

longus, die zu mehr oder weniger heftigen, nach dem Ellbogen und nach dem Daumen hinausstrahlenden Schmerzen führt. Diese Beschwerden zeigen bald den Charakter von akuten Schüben, bald einen von Anfang an mehr chronischen Verlauf.

Histologisch läßt sich nur eine Verdickung der Wand des Sehnenscheidenfaches nachweisen, ohne entzündliche Veränderungen. Die Palpation ergibt entweder negatives Resultat oder etwas Verdickung des dem distalen Radiusende aufliegenden Sehnenscheidenfaches. Die Behandlung besteht in Kälteanwendung, Ruhigstellung, Druckverband, Wärmebehandlung und in ganz hartnäckigen Fällen in offener oder subkutaner Durchtrennung des Sehnenscheidenfaches.

Das nicht so seltene Krankheitsbild ist bis jetzt in den Lehr- und Handbüchern nicht erwähnt. Dr. Waibel-Kempten.

Plattfußbeschwerden und Plattfußbehandlung. Aus der K. orthopädischen Universitäts-Poliklinik in München. Von Prof. Dr. Lange. Münchener mediz. Wochenschrift; 1912, Nr. 6.

Verfasser bringt in längeren Ausführungen eine für das Verständnis der nach Verletzung der unteren Extremitäten, insbesondere der Füße und Unterschenkel, so häufig auftretenden Plattfußbeschwerden gesundheitlich und sozial höchst wichtige und interessante Abhandlung, der in Kürze folgendes entnommen sei:

Gemeinsam allen Plattfußpatienten ist, daß die Beschwerden in der Regel nur beim Stehen und Gehen, d. h. bei der Belastung auftreten, im Sitzen und Liegen aber schwinden. Der Sitz der Schmerzen ist ungemein verschieden und sehr charakteristisch für die verschiedenen anatomischen Veränderungen

Verfasser unterscheidet dabei 5 Gruppen:

1. Bei Gruppe I treten die Schmerzen am Dorsalteil des Fußes in der Gegend des Talus, Naviculare und der Cuneiformia I und II sowie an der Plantarseite, entsprechend dem Längsgewölbe des Fußes auf. Diese Schmerzen sind bedingt durch ein Einsinken des Längsgewölbes (Pes planus). Hierbei pressen sich die Dorsalteile des Talus, Naviculare und der Cuneiformia zusammen; die Bänder und Nerven auf der Plantarseite werden gedehnt und gezerrt.

2. Bei der Gruppe II bestehen Schmerzen am inneren und äußeren Knöchel oder im Talokrural- oder Talokalkaneusgelenk. Diese Beschwerden werden erzeugt durch eine pathologische Valgusstellung des Fußes, die am besten bei Betrachtung von hinten erkannt wird. Die Schmerzen am inneren Knöchel entstehen durch Zerrung der Bänder, die am äußeren Knöchel durch Pressung der Knochen. Die Ursache der Schmerzen ist also im Grunde die gleiche wie beim Pes planus.

3. Gleichzeitig mit der Planität des Fußgewölbes findet man die Valgusstellung ungemein häufig bei Plattfüßen (Pes plano-valgus).

4. Eine weitere Gruppe von Patienten sucht den Arzt auf wegen unerträglicher Schmerzen an der Ferse. Wir unterscheiden dabei zwei Unterabteilungen: a) Die einen Patienten verlegen den Schmerz an die Innenseite der Fußsohle. Diese Schmerzen sind in der Regel bedingt durch die pathologische Valgusstellung des Calcaneus. Dieser Teil des Calcaneus ist an die Belastung nicht gewöhnt und reagiert, wenn eine Valgusstellung sich in kurzer Zeit entwickelt, darauf mit einer lokalen Periostitis. Daneben findet man bei diesen Fällen öfters eine Sehnenscheidenentzündung im Tibialis posticus. b) Bei einem anderen Teil der Patienten mit Fersenschmerzen findet sich ein schmerzhafter Druckpunkt mehr in der Mitte der Ferse. Dieser Stützpunkt entspricht dem Stützpunkt des normalen Fußes. Auch hier handelt es sich um eine lokale Periostitis, die bei Plattfüßigen namentlich durch Ueberanstrengungen, zuweilen auch durch unpassendes Schuhwerk erzeugt wird. In hochgradigen Fällen kann sich an dieser Stelle eine Exostose bilden (Kalkaneussporn).

5. Eine weitere Gruppe klagt über Schmerzen im Vorderfuß. Der Sitz der Schmerzen ist entweder ausschließlich an der Fußsohle, entsprechend den Köpfchen von einem oder mehreren Metatarsen. Dann handelt es sich um eine Periostitis, deren Entstehung ebenso auf das Moment der

Belastung zurückzuführen ist, wie der Schmerz an der Ferse. Der Höhepunkt dieser Beschwerden bildet die Mortonsche Neuralgie. Diese Schmerzen erklären sich durch eine Senkung des 2., 3. oder 4. Metatarsus.

Selbstverständlich kann unter diesen wichtigeren Typen der Plattfußbeschwerden auch eine Kombination derselben vorkommen. Ebenso leicht einzusehen ist, daß Patienten mit sehr empfindlichen Plattfüßen ängstlich die Stellung, die am erträglichsten ist, oft mit einem ungeheuren Aufwand von Muskelarbeit innehalten, und daß sie dann auch Schmerzen in den Dorsalflektoren oder Oberschenkeln, in den Hüftmuskeln und selbst in der Articulatio sacroiliaca bekommen können.

Verfasser verbreitet sich dann noch über die Therapie der Plattfußbeschwerden, die im Original nachgelesen werden mögen.

Dr. Waibel-Kempten.

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Abwässer- usw. Beseitigung, Flussverunreinigung.

Ueber die Beseitigung der flüssigen und festen Abgänge aus Anstalten und Einzelgebäuden. Von Prof. Dr. K. Thumm, Abteilungsvorsteher an der Königlichen Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung in Berlin. Mit 24 Abbildungen. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentl. Sanitätswesen. Dritte Folge, XLII. Band, 2. Heft, Jahrgsng 1911, 4. Heft.

Verfasser berichtet auf Anregung von Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Abel in vorliegender Arbeit über die Grundlagen, die bei der Errichtung von Einzelkläranlagen Berücksichtigung finden müssen, und gibt für den praktisch tätigen Gesundheitsbeamten eine äußerst willkommene zusammenfassende und übersichtliche Darstellung all der Abwässer-Reinigungs-Methoden, die nach dem heutigen Stand von Wissenschaft und Technik als brauchbar sich erwiesen haben. Mit Recht wird dabei hervorgehoben, daß Hauskläranlagen, welchen Systems sie auch seien, als definitive Lösung niemals, sondern stets nur als Notbehelf angesehen werden können, da durch ausgedehntere Errichtung von Einzelkläranlagen erfahrungsgemäß die endgültige Schaffung einer großzügigen Kanalisation und Abwässerreinigung hintangehalten zu werden pflegt und die Vorflutverhältnisse auf die Dauer statt besser nur schlechter werden. Von den einzelnen in Betracht kommenden Verfahren zur Reinigung der Abwässer werden zuvörderst die mechanischen und mechanisch-chemischen kurz besprochen. Zu ersteren gehören zunächst die Rechen (Grob- und Feinreiniger), die für sämtliche Anstaltsabwässer für sich oder in Verbindung mit einem anderen mechanischen Klärverfahren, den Absitzanlagen, in Verwendung kommen können. Die Absitzanlagen erfordern die Anbringung von Grobrechen regelmäßig, ferner ist bei Zuführung größerer Mengen von Wäschereiabwässernz eine Vorreinigung durch Fettabscheider wünschenswert. Die Absitzanlagen selber, als welche Becken, Brunnen und Turmanlagen in Betracht kommen, können für Anstalten nur dann empfohlen werden, wenn bei ihnen die Schlammfrage nach jeder Richtung hin gelöst ist. Die Systeme Imhoff, Kremer-Imhoff, Travis, Fidler, Grimm u. a. sind hier als brauchbar zu nennen. In diese können im allgemeinen sämtliche, im Anstaltsbetriebe anfallende Wässer abgeleitet werden, sofern die behandelten Abwässer entweder dem Vorfluter direkt oder natürlichen biologischen Reinigungsanlagen zugeleitet werden. Die genannten Anlagen haben weiter den Vorteil, daß sie auch zur chemischen Klärung der Abwässer zu benutzen sind, die zur Zeit eine etwas untergeordnete Rolle spielt, nicht ganz mit Recht, da sie z. B. bei Abwässern, die viele Seifenstoffe enthalten, zur Zeit das einzige Reinigungsverfahren darstellt, sofern eine Landbehandlung nicht ausführbar ist. Die empfehlenswerteste Methode ist und bleibt das Rothe-Degenersche Kohlenbreiverfahren, wie es die Landesheil- und Pflegeanstalt Uchtspringe und die Knappschaftsheilstätte Sülzhayn im Harz benutzen.

Zu den biologischen Abwasserreinigungsanlagen übergehend, deren hauptsächlichste Leistung darin besteht, daß sie ein fäulnisunfähiges Wasser zu liefern vermögen, gibt Verfasser eine Uebersicht über

diese, von der zu bemerken ist, daß in praxi Vorgänge im einzelnen öfters vorzukommen pflegen.

I. Behandlung des Abwassers ohne Verwendung fester Materialien:

1. Zersetzung des Abwassers unter Auftreten von offensiv wirkenden Fäulnisprodukten in geschlossenen offenen Behältern: Faulanlagen;
2. Zersetzung des Wassers wie vor, jedoch ohne Auftreten von offensiv wirkenden Fäulnisprodukten:
   a) bei Verwendung von Nitraten: Nitratverfahren von Weldert;
   b) bei entsprechender Verdünnung des Abwassers mit Reinwasser in sogenannten Fischteichen (Hofer-München).

II. Behandlung des Abwassers unter Verwendung von Materialien:

1. in natürlichen Materialien, d. i. im gewachsenen Boden: natürliche biologische Anlagen:
   a) Oberflächenbehandlung unter gleichzeitiger landwirtschaftlicher Ausnutzung des Bodens:
      α) durch Ueberstauen: Rieselanlage;
      β) durch Uebersprengen: „Benebelung";
   b) Oberflächenbehandlung ohne gleichzeitige landwirtschaftliche Ausnutzung: intermittierende Filtration;
   c) Unterirdische Behandlung: Untergrundberieselung.
2. In künstlich aufgebauten Materialien: künstliche biologische Anlagen:
   a) Einstauen des Wassers im Material: Füllanlagen;
   b) Durchtropfen des Materials: Tropfanlagen.

Ein näheres Eingehen auf die einzelnen Verfahren verbietet der mir zur Verfügung stehende Raum; sie müssen im Original nachgelesen werden. Ganz allgemein sei nur soviel gesagt, daß alle Abwässer entschlammt werden müssen, ehe sie „biologisch" mit dauerndem Erfolg behandelt werden können, und zwar, je weitgehender dies stattfindet, um so vorteilhafter ist es. Bei kleinen Abwassermengen kommt hierfür nur das Faulverfahren in Betracht, bei größeren Frischwasseranlagen (Becken und Brunnen). Von den Abflüssen benötigen die einer Füllkörperanlage entstammenden keiner weiteren Nachbehandlung, wohl aber die Tropfkörperabflüsse, wozu zwei hintereinander angeordnete Becken (ev. Fischteiche nach vorheriger Entschlammung) oder auch Frischwasseranlagen Verwendung finden können.

Zum Schluß seiner sehr instruktiven Arbeit widmet Thumm der Frage der getrennten Schlammfäulung eine eingehendere Besprechung, die in den von Imhoff konstruierten Emscherbrunnen eine praktisch sehr wertvolle Lösung gefunden hat, durch welche die Schlammplage in weitgehendem Maße herabgemindert worden ist. Ein Studium der sehr dankenswerten Abhandlung kann jedem Gesundheitsbeamten warm empfohlen werden.

Dr. Hillenberg-Zeitz.

Fischvergiftungen durch Zyanverbindungen in den Abwässern von Eisenwerken. Von Dr. P. Lehnkering und L. Diesfeld. Wasser und Abwasser; Bd. V, H. 1.

Ein großes im Juni und Juli 1911 im unteren Lauf der Ruhr auftretendes Fischsterben, das den relativ fischreichen Fluß in kurzer Zeit fast völlig seines Fischreichtums beraubte, ist nach den Untersuchungen der Verfasser durch das Abwasser aus der Gasreinigungsanlage der Hochöfen eines Eisenhüttenwerkes hervorgerufen. Es konnte festgestellt werden, daß in einem Liter dieses Abwassers 0,0068 g Zyanwasserstoff enthalten war. Ein Zusatz von 200 ccm dieses Abwassers zu 2 Litern frischen Wassers genügte, um Goldfische innerhalb einer halben Stunde zum Verenden zu bringen, nachdem sie schon nach wenigen Minuten starke Vergiftungserscheinungen geboten hatten.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

---

2. Gewerbehygiene.

Entwicklung, Wege und Ziele des gewerbeärztlichen Dienstes. Von Landesgewerbearzt Dr. Koelsch-München. Archiv für soziale Hygiene; Bd. VII, H. 1.

Der Verfasser begründet in längerer Ausführung die Nützlichkeit des

gewerbeärztlichen Dienstes und seine Bedeutung für die weitesten Bevölkerungsschichten. Ersprießliches ist aber nur vom eigentlichen Gewerbearzte zu erwarten in dem vom Verfasser vertretenen Sinne. Dem Techniker (Chemiker usw.) gehört der Hauptsache nach die formelle Aufsichtstätigkeit und der Unfallschutz, dem Gewerbearzte die spezifische Gewerbehygiene in dem bezeichneten Umfange. Abgesehen von der Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst würde zunächst eine mehrjährige praktische Tätigkeit, besonders in der Kassenpraxis, erforderlich sein. Nach der Anstellung erscheint dann eine mehrmonatliche Beschäftigung im gewöhnlichen Aufsichtsdienste zweckmäßig, um sich mit den gesetzlichen, formalen, z. T. auch technischen Details vertraut zu machen. Außerdem ist, vorher oder nachher, die experimentelle Schulung nicht zu übersehen durch Arbeiten in einem klinischen, toxikologischen oder hygienischen Laboratorium. Zur späteren Weiterbildung käme vielleicht auch einmal ein längerer Aufenthalt an einer Klinik für Arbeiterkrankheiten in Betracht.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber gewerbliche totale Argyrie. Von Dr. F. Kölsch, Königlicher Landesgewerbearzt in München. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 6.

Außer den durch medikamentöse Anwendung von Silberpräparaten in der Form örtlicher Applikation oder innerlichen Gebrauches entstandenen Argyrien kennen wir auch gewerbliche Argyrien, und zwar lokale und totale. Zu den totalen oder universellen Gewerbeargyrien muß eine weitere angereiht werden, die wegen ihrer Aetiologie eine Sonderstellung beanspruchen darf. Es handelt sich hierbei um Einverleibung von kleinsten Mengen metallischen Silbers aus der Staubluft der Arbeitsräume oder durch die mit Silberteilchen beschmutzten Finger. Da bisher Fälle dieser Art in der Literatur nirgends verzeichnet sind, gibt Verfasser ein paar derartige Fälle bekannt, wie sie bei einer 27jährigen, seit dem 13. Lebensjahre als Silberbeschneiderin tätigen Frau und bei einer 50jährigen, seit dem 14. Lebensjahre als Silberbeschneiderin tätigen Arbeiterin beobachtet wurden. Im ersten Fall ist die Haut der unbedeckten Körperstellen, besonders des Gesichtes, weniger der Arme und Hände silbergrau und metallglänzend, ebenso sind die sichtbaren Schleimhäute (Bindehaut, Mund, Zahnfleisch etc.) verfärbt, wobei jedoch das normale rote Schleimhautkolorit überall durchschaut. Die Haut der bedeckten Körperstellen erscheint leicht grau (fahlgrau) bestäubt, der Metallglanz tritt hier etwas zurück. Im zweiten Falle ist besonders die Gesichtshaut, weniger die Haut der unbedeckten Körperstellen, intensiv silbergrau (bleigrau) und metallglänzend, ähnlich einer frisch graphitierten Eisenplatte; ebenso verfärbt sind die sichtbaren Schleimhäute, Zunge, Rachen usw. Auch die bedeckten Hautstellen erscheinen, soweit sich dies feststellen ließ, sehr intensiv verfärbt. Verfasser geht dann näher auf die Pathologie der Argyrie bezw. auf den Silbergehalt der einzelnen Organe ein und bespricht dann die zum Eintreten der totalen Argyrie nötigen Dosen, wobei die Angaben begreiflicherweise erheblich auseinandergehen. Die beiden fraglichen Arbeiterinnen konnten das Metall nur zufällig bei der täglichen Arbeit aufnehmen, entweder durch Staub oder durch beschmutzte Finger Der von verschiedenen Stellen des Arbeitsraumes gesammelte und gemischte Staub ergab einen Silbergehalt von 0,0003 g auf 1 g Staub, also ca. 0,03 Proz. Zwecks Bestimmung der etwa mit den Fingern einverleibten Silberpartikelchen wurde zwei Arbeiterinnen veranlaßt, am Schlusse der Arbeit sich in 10proz. Salpetersäurelösung 5 Minuten lang die Hände zu bürsten. Die Analyse des Waschwassers ergab kaum Spuren eines Silbergehaltes. Jedenfalls waren die auf diesen Wegen dem Organismus einverleibten Silbermengen außerordentlich geringfügig und ließen kaum eine genügende Erklärung für die ausgeprägte Argyrie zu. Ebensowenig ist die Tatsache geklärt, daß bei den vielen unter gleichen Bedingungen beschäftigten Arbeiterinnen kein derartiger Fall mehr beobachtet wurde. Es bleibt also nur der Gemeinplatz der individuellen Disposition, der Idiosynkrasie übrig, die nach mehrjähriger Aufnahme minimalster Silbermengen die Ausbildung der Argyrie begünstigte. Zu erwähnen wäre noch, daß beide Arbeiterinnen Blondinen mit zartem Teint waren und beide in ihrer Jugend an Bleichsucht litten.

Die Erklärung der Resorption und Deponierung des Silbers im Körper nach der sog. mechanischen Theorie dürfte nicht mit Unrecht heutzutage

zugunsten der mechanisch-chemischen Theorie verlassen worden sein, so daß sich die Physiologie der Argyrie folgendermaßen abspielen dürfte: Die in den Magen gelangten Silberpartikelchen werden dort zu Chlorsilber bezw. bei Anwesenheit von Eiweißkörpern in Silberalbuminate umgewandelt, die beide sich im Verdauungsgemisch und in Kochsalz lösen. Ein Teil geht wahrscheinlich mit dem Stuhl ab, ohne daß er absorbiert wird; dies dürfte vielleicht bei den übrigen Arbeiterinnen die Regel sein. Ein anderer Teil wird in die Blutbahn aufgenommen und bis in die Kapillargebiete verschleppt. Besonders in einigen Gewebsbezirken werden die Silberlösungen infolge bestimmter elektiver Eigenschaften festgehalten und reduziert, d. h. als feinste Körnchen niedergeschlagen. Diese elektive Reduktion findet besonders im Darm, Leber, Nieren und Papillarkörper der Haut statt.

Nachdem eine Heilung der universellen Argyrie nach den bisherigen Beobachtungen ausgeschlossen ist, kommt nur hauptsächlich die Prophylaxe in Betracht, welche die sofortige dauernde Entfernung aus der Silberarbeit erfordert, sobald sich das als Frühsymptom sehr wichtige Zeichen eines grauvioletten Silbersaumes am Zahnfleisch bemerkbar macht. Besonders bei Blondinen und Bleichsüchtigen wäre auf dieses Frühsympton zu achten, das zu den ersten äußeren Erscheinungen der Argyrie gehört.

Dr. Waibel-Kempten.

Die Wassermannsche Reaktion und Bleiintoxikation. Von Kreisarzt Dr. Robert Hilgermann. Deutsche med. Wochenschr.; 1912, Nr. 3.

Hilgermann hat an 34 akuten, subakuten und chronischen Fällen von Bleivergiftung auf der Blei- und Silberhütte zu Braubach die Angaben Dreyers und Schnitters über das häufige Vorkommen von positiver Wassermannscher Reaktion bei Bleikranken nachgeprüft. Unter Anwendung der Originalversuchsanordnung Wassermanns konnte er in keinem Falle eine positive Wa. R. feststellen, und zwar in keinem Stadium der Krankheit.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Hygienische Einrichtung bei der Nitrierarbeit. Von Dr. Piest-Hanau. Mitteilungen des Instituts für Gewerbehygiene-Frankfurt a. M.; 1911, Nr. 12.

Der Verfasser bespricht die Gefahren und Folgen der Nitrierarbeit und deren Verhütung, und zwar bei der Herstellung von

1. Knallquecksilber, 2. Schieß- und Kollodiumwolle, 3. Nitroglyzerin und 4. aromatischen Nitroverbindungen:
   a) Trinitrophenöl und -kresol,
   b) Nitrokohlenwasserstoffe.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber die Desinfektion von Tierhaaren zur Verhütung von gewerblichem Milzbrand. Von Dr. K. Laubenheimer. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 70, H. 3.

Verfasser konnte feststellen, daß für gewöhnlich die vorgeschriebene Desinfektion der ausländischen Roßhaare in den Roßhaarspinnereien, Borsten- und Pinselfabriken nicht imstande ist, anhaftende Milzbrandsporen abzutöten. Nicht mangelhafte Konstruktion des Dampfapparates oder mangelhafte Bedienung ist in diesen Fällen der Grund, sondern die Beschaffenheit des Desinfektionsgutes; ungenügende Lockerung der Ballen, insbesondere bei Ziegenhaaren, sind die Ursache bei Mißerfolgen.

Um eine sichere und schnelle Desinfektionswirkung zu erhalten, ist das Material völlig auseinander zu nehmen. Da sich hierbei sehr reichlich infektionstüchtiger Staub entwickelt, so ist unbedingt nach den Prinzipien des modernen Desinfektionswesens zu verfahren: Reine und unreine Seite, die Arbeiter, gewissermaßen als Desinfektoren, völlig bekleidet mit Desinfektorenanzug und Maske (Kobrak), lockeren die Haarballen, schichten sie auf Horden im Apparat. Einleitung der Desinfektion, Desinfektion der unreinen Seite, Desinfektion der Ausrüstung und persönliche Desinfektion. Eine diesen Forderungen entsprechende Anordnung ist bereits von der Fabrikinspektion in Karlsruhe getroffen worden. So ist zu hoffen, daß eine erhebliche Abnahme der Milzbranderkrankungen in Roßhaarspinnereien und ähnlichen Betrieben erreicht wird.

Dr. Mohrmann-Stade.

Entnebelungsanlagen in der Textilindustrie. Von Gewerbeinspektor Schultze-Fulda. Rauch und Staub; 1912, Nr. 5.

In Räumen, in denen sich viel Wasserdampf entwickelt, wie bei den Poliermaschinen in Bindfadenfabriken, in Feinspinnereien, Färbereien, Hutfabriken usw., bilden sich namentlich in kalter Jahreszeit Nebel, welche nach verschiedenen Richtungen hin lästig empfunden werden.

Es muß entweder das Emporsteigen von Wasserdämpfen verhindert, oder, wo dieser nicht angängig ist, die Temperatur der Raumluft soweit erhöht werden, bis sie die Nebel aufnehmen kann, d. h. bis sie wieder klar und durchsichtig wird. Da diese Temperatursteigerung aber schon wegen der in dem Raum beschäftigten Arbeiter bald die zulässige Grenze erreicht, muß man beide Methoden miteinander vereinigen. In welchem Verhältnis dieses geschehen kann, muß von Fall zu Fall entschieden werden; es gehört eine große Erfahrung dazu, die Entnebelungsmethode jedesmal dem eigenartig gelagerten Falle anzupassen.

Dem Emporsteigen der Nebel kann man dadurch entgegentreten, daß die sich bildenden Wasserdämpfe möglichst an ihrer Entstehungsstelle abgesaugt werden; aber auch das hat seine Grenze. Erfolgt der Anschluß allzu dicht über dem heißen Wasser, so besteht die Gefahr, das dampferzeugende Wasser zu stark abzukühlen. Die Fabrikation würde ungünstig beeinflußt werden.

Es ist also unmöglich, die Entnebelungen eines Saales nach einer Schablome durchzuführen.

Auch die verwendeten Apparate müssen dem besonderen Falle angepaßt werden. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Staubbeseitigung in Zementfabriken. Von Gewerbeassessor Wittgen-Hirschberg. Konkordia; 1912, Nr. 2.

Der Verfasser stellt auf Grund seiner Ausführungen die Behauptung auf, daß einmal die Gesundheitsverhältnisse in Zementfabriken so lange recht ungünstig sein müssen, als für die möglichste Beseitigung des Staubes und den damit verbundenen Ersatz der Handarbeit durch Maschinenarbeit nicht Sorge getragen ist, und anderseits der inrichtung sachgemäßer Entstäubungsanlagen nichts mehr im Wege steht, zumal diese Anlagen noch gewinnbringend zu arbeiten vermögen. Bei bestehenden Anlagen werden zwar häufig durchgreifende Maßnahmen unter technischen und finanziellen Schwierigkeiten zu leiden haben, aber trotzdem muß jeder, der vermöge seiner Stellung dazu berufen ist, für das Wohl der Arbeiter wirken zu können, sein Möglichstes tun, um das Ziel, Schaffung staubfreier Arbeitsräume, zu erreichen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber gewerbliche Kinderarbeit. Von Dr. A. Bender-Charlottenburg. Konkordia; 1912, Nr. 2.

Jedermann, der berufen ist, an der Durchführung eines neuen Gesetzes praktisch mitzuarbeiten, muß mit Widerstand aller Art rechnen und mag auch auf persönliche Angriffe gerüstet sein. Das frohe Bewußtsein getreuer Pflichterfüllung auch unter schwierigen Verhältnissen muß über diese Schwierigkeiten hinweghelfen. Es wäre recht bedauerlich, wenn ein Lehrer eine Anzeige zum Schutze der Kinder unterlassen würde, in der Besorgnis persönlichen Unannehmlichkeiten sich auszusetzen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

3. Hygiene der Nahrungs- und Genussmittel.

Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Botulismustoxins auf die inneren Organe. Von Dr. Komotzki. Virchows Archiv; 1911, B. 206.

K. hat das mit steriler physiol. Kochsalzlösung verdünnte Toxin subkutan in die Bauchhaut von 44 Meerschweinchen injiziert; 18 Tiere gingen nach einer einzigen Einspritzung von $^{1}/_{50}$ ccm zwischen dem 3. bis 16. Tage zu Grunde (bei Toxin bezogen von Paris), nur wenige vertrugen mehrere Einspritzungen; von dem aus Kiew stammenden Toxin wurden größere Dosen injiziert (Einzel- und Gesamtdosen).

Das Botulismustoxin ruft, in dieser Weise appliziert, am konstantesten starke Nekrotisierung des Leberparenchyms hervor in Gestalt miliarer

Herdchen, daneben besonders in der 2. Serie wurde Verfettung in der Leber festgestellt und zwar meist in der Peripherie der Läppchen.

Dr. Merkel-Erlangen.

Ueber Speisevergiftungen und ihre Behandlung. Von Dr. O. v. Boltenstern in Berlin. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1911, Nr. 15.

Die hervorragendste Stelle nehmen zweifellos unter den Speisevergiftungen die Fleischvergiftungen ein. Man hat hier drei Formen zu unterscheiden, und zwar I. die durch spezifische Bakterien hervorgerufene Vergiftung (Bazillen der Paratyphus- und Gärtner-Gruppe). Hierbei ist der wesentlichste Ausgangspunkt der nach Fleischgenuß auftretenden Massenerkrankung das schon während des Lebens infizierte Tier. Durch gehöriges Kochen werden die Infektionserreger selbst vernichtet, doch wird das von der Fleischvergiftung erzeugte hitzebeständige Toxin durch das gewöhnliche Kochen und Braten nicht zerstört. Nach Böhrs Feststellungen sind die Hälfte aller Fleischvergiftungsepidemien auf den Genuß von rohem Hackfleisch zurückzuführen. Klinisch unterscheidet man drei Verlaufsarten: a) die akute gastrointestinale, b) die akute choleraähnliche und c) die typhöse Art. Diese können aber alle bei ein und derselben Epidemie zugleich auftreten. Bei der gastrointestinalen Form treten öfter nervöse Symptome in den Vordergrund und beherrschen das klinische Bild, auch finden sich hier zuweilen Exantheme. Innerhalb der drei Formen ist die Sterblichkeit sehr verschieden, nach van Ermangem beträgt sie 2—5 Prozent. Ob durch das Ueberstehen einer Fleischvergiftung Immunität erworben wird, ist mit Sicherheit nicht festgestellt. Der pathologisch-anatomische Befund ist gegenüber den klinischen Erscheinungen sehr gering, selbst wenn während des Lebens blutiger Stuhl abgegangen ist.

II. Die durch nicht spezifische Bakterien verursachten Fleischvergiftungen. Diese entstehen durch den Genuß verdorbenen Fleisches von während des Lebens gesund gewesenen Tieren. Wenn auch heute hierbei von einigen nach den sogenannten Ptomainen eine große Bedeutung beigemessen wird, so sieht die Mehrzahl dennoch die Ursache dieser Vergiftungen in einer Infektion des Fleisches durch hinauf- und hineingelangte Bakterien (besonders Kolibakterien und Proteïnarten). Selbst durch Räuchern wird der Proteus nicht abgetötet, aber halbstündiges Erhitzen vernichtet ihn und macht das von ihm gebildete Gift unschädlich. Klinisch stellt diese Art der Vergiftung sich als Gastroenteritis dar. Der Verlauf ist in der Regel günstig.

III. Die sogenannte Wurstvergiftung (Botulismus). Mindestens ein Drittel der Erkrankten geht daran zugrunde. Als Ursache ist der 1895 von van Ermengem gefundene Bac. botulismus anzusehen, der ein sehr stark wirksames spezifisches Toxin bildet, ohne daß dabei eine Vermehrung der Bakterien im Körper stattfindet. Durch Temperaturen über 60° werden Bazillen und Gift schnell zerstört, ebenso vermag er sich in stark salzhaltigen Flüssigkeiten (40 % Salzlake) nicht zu entwickeln. Er gedeiht vorzüglich in solchen Produkten, die dazu bestimmt sind, erst nach längerer Zeit der Konservierung verzehrt zu werden. Das klinische Bild ist sehr charakteristisch und zeichnet sich vor allem durch das Auftreten nervöser Erscheinungen zentralen Ursprungs, das in vielen Fällen an Atropinvergiftung erinnert, aus. Die ersten Erscheinungen setzen meist innerhalb der ersten 24 Stunden, bisweilen aber auch erst 10 Tage nach dem Genuß der ominösen Nahrung ein. Der Sektionsbefund ist meist negativ; als einziges Zeichen findet sich eine starke Blutfülle der inneren Organe. Die Behandlung selbst kann in allen drei Formen nur symptomatisch sein, in akuten Fällen Magenspülung und Brechmittel.

Verfasser geht dann weiter auf die Fischvergiftungen, Vergiftungen durch Krebse, Miesmuscheln, Austern, Käse, Vanilleeis und -crême, Mehlspeisen, Konserven verschiedener Art und Kartoffeln ein. Das einzelne läßt sich im Rahmen eines Referats nicht wiedergeben. Die Erscheinungen sind vielfach dieselben oder ähnliche wie bei der Fleischvergiftung; sie werden meist durch Bakterien hervorgerufen, die auch zur Paratyphus-Gärtner-Coli- oder Proteusgruppe gehören.

Hervorgehoben sei kurz folgendes: Austernvergiftungen treten namentlich ein, wenn die Austernbänke in der Nähe von Fluß- und Kloakenmündungen gelegen sind. Bei Mehlspeisen können auch verdorbene Eier

die Träger der Krankheitskeime sein. Eier bilden überhaupt einen guten Nährboden für Bakterien; nach Langes Untersuchungen können viele solche die intakte Schalenwand durchwandern und bis ins Eigelb vordringen.

Bei den Konserven wandern öfters die Bakterien nach dem Sterilisieren der beschickten Büchsen im Autoklaven durch winzig kleine mit dem bloßen Auge nicht wahrnehmbare undichte Stellen der Büchsen ins Innere und geben zur Gasentwickelung (Deckel und Boden der Büchse vorgetrieben — Bomhage) und Toxinbildung Anlaß.

Schließlich kann nach neueren Forschungen bei Kartoffelvergiftungen das Solanin nur dann als krankmachendes Agens angesehen werden, wenn sich entsprechend große Mengen dieses Alkaloids nachweisen lassen. Häufiger tragen Bakterien (Proteus vulgaris, Bact. Coli etc.) die Schuld an den Krankheitserscheinungen. Daß der Typhus und Paratyphusbacillus günstige Lebensbedingungen auf Kartoffeln findet, ist bekannt.

Dr. Pachnio-Stralsund.

Ueber Schädigungen von Fleisch-Büchsenkonserven. Von Stabsarzt Dr. Georg Mayer. Deutsche militärärztliche Zeitschritt; 1912, Nr. 5.

Aus der als Referat bezeichneten, aber auf einer Reihe eigener Untersuchungen und Versuche aufgebauten Arbeit seien folgende Sätze hervorgehoben:

Einmalige Einwirkung einer Temperatur von 117° C. auf 2/1 Büchsen bei gespanntem Dampf 45 Minuten lang und im Anschluß 120,5° C. 10 Minuten lang scheint die Fleischkonserven sicher zu sterilisieren, ohne den Geschmack erheblich zu schädigen. Die Konserven scheinen sich während des Lagerns chemisch zu verändern, zu „bauen", wie es in der Weintechnik heißt. Büchsen aus dünnem Blech zeigen häufig Auftreibungen oder Federn der Deckel, ohne daß Gasbildung vorhanden ist; bei Büchsen aus starkem Blech zeigt ein federnder Deckel stets Gasbildung an. Auch unzersetzt aussehende Büchsen können, jedoch selten, infiziert sein. Große Büchsen zu 10 oder 25 Portionen sind fast stets keimhaltig, weil sie leichter undicht werden. Sporen können die Sterilisierung unter 116° überdauern. Der Zinnbelag der Büchsen wird durch Sauerstoff im Büchseninhalt, Gewürze, Gemüse, Salze und anderes angegriffen; hierdurch können nach längerer Zeit (über 3 Jahre) Veränderungen des Geschmacks verursacht werden. Die gebräuchlichen Lacke werden schon nach kurzer Zeit schmierig oder bröckelig. Zinnvergiftung durch Fleischkonserven kann normaler Weise nicht vorkommen. Das Datum der Herstellung müßte auf jeder Büchse sichtbar angebracht sein. Dr. Bernstein-Allenstein.

Hackfleisch, Hacksalze und Hackfleischerkrankungen. Von H. Trautmann-Hamburg. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 35 und 36.

Wenn man vom Hackfleisch im allgemeinen spricht, so ist darunter auch das Schabefleisch, das aus den bindegewebigen Hüllen sorgsam ausgeschabte Muskelfleisch zu verstehen. Da es aber aus dem besten Fleisch hergestellt wird und infolgedessen erheblich teuerer ist, spielt es keine so große Rolle, wie das Hackfleisch. Hierzu wird weniger ansehnliches und daher anderweitig schlecht verkäufliches Muskelfleisch des Kopfes, der Füße usw. des Schlachtviehes benutzt und mit samt dem reichlichen Bindegewebe, den Sehnen usw. durch die Fleichmühle gegeben. Dadurch ist es erheblich billiger, wie das gute Stückfleisch, und wird so die Rohfleischnahrung des armen Mannes, zumal es auch zu seiner Zubereitung nur wenig Feuerung braucht. Die Billigkeit wird aber reichlich wett gemacht durch die schlechtere Beschaffenheit des Fleisches, durch seinen großen Gehalt an Knorpel, Bindegewebe usw. Weil es roh angeblich leichter verdaulich ist, wird es viel in diesem Zustande gegessen. Diese Ansicht stimmt aber nur für das reine Schabefleisch, während im Gegenteil das gewöhnliche Hackfleisch wegen seines reichen Gehaltes an Bindegewebe nur in garem Zustande leichter verdaut wird.

Infolge seiner Zubereitnng ist das Hackfleisch schon unmittelbar nach der Zubereitung durch und durch mit Bakterien durchsetzt, die nach kurzer Abnahme ins Ungeheuerliche zu wuchern beginnen. 1 g Hackfleisch enthält nach 24--48 Stunden schon Milliarden von Bakterien. Diese an und für sich für den Menschen harmlosen Bakterien führen aber sehr schnell zur Zersetzung

des Fleisches, was sich äußerlich durch Mißfärbung und fauligen Geruch zu erkennen gibt. Verfasser hat durch seine Versuche festgestellt, daß die Mißfärbung durch die bei der Zersetzung frei werdenden Gase, Kohlensäure, Schwefelwasserstoff und Wasserstoff, erzeugt wird. Dieser Gaswechsel wiederum wird durch die Bakterien bedingt. Da nun die meisten Schlachter die Angewohnheit haben, ihren Tagesbedarf an Hackfleisch auf einmal herzustellen, so haben sie auch Mittel und Wege gesucht, um dieser schnellen Mißfärbung des Fleisches vorzubeugen und ihm seine frische rote Farbe zu erhalten. Hierzu wurden früher die sogenannten Präservesalze benutzt, die aber jetzt als gesundheitsschädlich verboten sind. An ihre Stelle sind jetzt Konserven- oder Hacksalze getreten, die selbst nicht schädlich sind, aber indirekt schädlich wirken, indem sie einerseits den Kunden durch die frischrote Farbe ein frisches Fleisch vortäuschen, anderseits auch den schlechten Geruch nehmen und Fleisch, wenn es schon als verdorben zu betrachten ist, noch genußfähig erhalten. Dabei bewirken die Hacksalze wohl anfänglich eine Entwicklungshemmung, aber keine erhebliche Abtötung der Bakterien, insbesondere hat Verfasser festgestellt, daß Paratyphuskeime im gesalzten Hackfleisch ebenso üppig wuchern, wie in dem hacksalzfreien. Die Hacksalze gestatten also eine längere Verkäuflichkeit einer Ware, die sonst als verdorben angesehen werden müßte und vielleicht schon durch verderbniserregende Krankheitskeime verunreinigt ist.

Von Hackfleischerkrankungen sind zunächst die durch tierische Parasiten verursachten zu nennen, die aber eine geringere Rolle spielen, da die streng durchgeführte Fleischschau hier vorbeugend wirkt, und anderseits schon geringe Wärmegrade genügen, um diese Parasiten zu töten. Die wichtigsten Hackfleischerkrankungen sind die durch Paratyphusbakterien hervorgerufenen Fleischvergiftungen. In den meisten Fällen liegt eine primäre Erkrankung des Schlachtviehs vor. Das Fleisch stammt vielfach von notgeschlachteten Tieren. Anscheinend verlaufen die Paratyphhuserkrankungen des Schlachtviehs erheblich anders, wie beim Menschen; sie verlaufen meistens unter dem Bilde der Septikämie und Pyämie. Anderseits kann auch eine nachträgliche Infektion von gesundem Fleisch stattfinden, wozu die Art seiner Herstellung begünstigend wirkt. Speziell spielen dabei Bazillenträger eine große Rolle. Verfasser geht dann noch näher auf die Symptome der Paratyphuserkrankungen ein, die wir als bekannt voraussetzen.

Als Verhütungsmaßregel fordert er das unbedingte Verbot jedes Salzzusatzes, eine andere minder bedenkliche Herstellungsweise des Hackfleisches, speziell Verbot der Anfertigung des ganzen Tagesbedarfes auf einmal, und behördliche peinlich genaue Ueberwachung der Notschlachtungen. Rpd. jun.

Die zur Konservierung von Nahrungs- und Genußmitteln verwendeten chemischen Verbindungen. Von Dr. C. Naumann. Desinfektion; 1911, Nr. 19.

Der Verfasser bespricht zunächst die verschiedenen Nahrungs- und Genußmittel, denen Konservierungsmittel zugesetzt werden, und dann die einzelnen Konservierungsmittel. Man sieht daraus, daß deren Verwendung eine ziemlich große ist. Ueber die Zulässigkeit des Zusatzes besteht noch immer ein Streit zwischen den Nahrungsmittelchemikern, Hygienikern und den betr. Industriellen. Es wird aber wohl bald die strittige Frage der Zulässigkeit des Zusatzes von chemischen Konservierungsmitteln eine definitive Regelung erfahren; hierbei dürften eine Reihe ungeeigneter und schädlicher Verbindungen dauernd ausgeschieden und für die wenigen brauchbaren feste Normen aufgestellt werden. Im Interesse einer reellen Industrie, die jede Schädigung des Konsumenten vermeiden möchte, wäre dies dringend zu wünschen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber die oberflächliche Sterilisation von Fleischproben. Von Privat-Dozent Dr. Ottolenghi-Siena. Desinfektion; 1912, Nr. 2.

Der Verfasser beschreibt in eingehender Weise sein Untersuchungsverfahren, auf das an dieser Stelle nur hingewiesen werden kann. Bei seiner Anwendung müssen folgende Vorsichtsmaßregeln in Anwendung kommen:

1. Es muß darauf geachtet werden, daß die Stücke hinreichend groß entnommen werden und das für die Kulturen bestimmte Material der Seite der

Fleischprobe entstamme, die durch eine Kapsel, seröse Haut usw. besser geschützt ist. 2. Bei der Bildung des Oberflächenlappens zur Entblößung des inneren Teiles des Probestückes vermeide man, mit den Instrumenten den mit Schwefelsäure nicht behandelten Oberflächenteil zu berühren und sterilisiere wiederholt Scheren und Pinzetten, wodurch die Möglichkeit der Verunreinigung auf ein Minimum herabgemindert wird, was wiederum angesichts der, wenn auch nicht immer, so doch fast immer vollständigen Sterilität der Oberfläche, durch die hindurch die Bresche gelegt wird, die Zahl der Mißerfolge auf ein Minimum herabgedrückt wird. 3. Zur größeren Sicherheit bei der Bildung des Urteils wähle man zur Infizierung der Oberfläche des Probestückes immer eine Bakterienart, deren Vorhandensein im Innern des Fleisches man mit Bestimmtheit ausschließen kann. Nach seinen Erfahrungen sind der Milzbrand und Tetanusbacillus im allgemeinen für diesen Zweck sehr geeignet, auch schon deshalb, weil sie leicht zu identifizieren sind. Zieht man jedoch die Verwendung nicht pathogener Keime vor, so kann man einen Pseudo-Milzbrandbacillus allein oder zusammen mit z. B. einem Pseudo-Tetanusbacillus benutzen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Bedeutung der Freibank. Von Amtstierarzt Hugendubel-München. Blätter für Volksgesundheitspflege; 1911, Nr. 12.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß es sowohl das Interesse des Publikums, als die Würde des Gesetzes fordert, überall Freibanken zu errichten und diese mit allen vom Gesetz vorgeschriebenen Vorkehrungen auszustatten. Besonders in Anbetracht der auf dem Lande so häufig vorkommenden Notschlachtungen und der Verwertung des wegen Tuberkulose beanstandeten Fleisbhes ist dies notwendig. Aber auch dem Landwirt ist durch solche Banken gedient, da er in allen Fällen, wo Seuchen, wie Rotlauf, Schweineseuche, Schweinepest, Räude, Egelseuche, Maul- und Klauenseuche usw. in seinem Bestande verheerend auftreten, die erkrankten Tiere ohne große Transportkosten rechtzeitig zur Schlachtung bringen und so unter Vermeidung von Verlusten an Geld und Schlachttieren bestmöglichst verwerten könnte. Zudem würde auch die allzu häufige Anlieferung einzelner kranker Tiere oder auch ganzer Transporte von solchen nach der Großstadt verhindert. Die Errichtung von Freibanken selbst müßte in geeigneten ländlichen Zentralen, womöglich in Verbindung mit Schlachthöfen, in denen an sich schon die nötigen Einrichtungen, wie Kühlhaus, Dampfkochtopf, Fettschmelze, Pökelraum und Gelegenheit zum Salzen und Trocknen der Häute vorhanden wären, erfolgen. Auf diese Weise könnten auch alle tierischen Abfälle, die für den Landwirt auf dem flachen Lande wenig wertvoll sind, gute Preise erzielen. Fernerhin würden derartig tierärztlich überwachte Freibanken, in denen die Fleischpreise gewissenhaft durch den Fachmann festzusetzen wären, auf die Regelung der Viehpreise großen Einfluß erlangen und den allzu häufigen, für den Landwirt so verlustreichen, meist nur dem Zwischenhandel zugute kommenden Preisschwankungen vorbeugen.

Außerdem könnte durch die Freibanken besonders auch verhütet werden, daß größere Mengen nicht bankwürdigen Fleisches zum Weiterverkauf an Metzger, Wirte usw. gelangen. Ein weiterer Vorteil solcher kleiner ländlichen Freibankzentralen wäre die Entlastung der Viehversicherungen und die Möglichkeit, Genossenschaftskassen damit zu vereinigen, die den Landwirten Verluste von ganzen Tieren, Tierteilen oder Organen vergüten würden. Was endlich den Ausbau der großstädtischen Nahrungsmittelkontrolle betrifft, so dürfte es sich für diese wohl empfehlen, mit der Zeit auch die zu Markt gebrachten Vorräte an Wild, Geflügel, Fischen und Eiern einer tierärztlichen Beschau unterziehen und den Verkauf der hierbei nicht ganz vollwertig befundenen Nahrungsmittel ähnlich wie auf der Freibank unter entsprechender Bezeichnung bewirken und polizeilich überwachen zu lassen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ein Fall von Fischvergiftung. Von Dr. Schott-Straßburg. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 44.

Ein 25jähriger Kaufmann, der 2 Tage nach dem Genuß von Weißfisch, der nachweislich länger gelagert hatte, erkrankt war. Zuerst traten Leibschmerzen, am nächsten Tage Erbrechen auf. Weiter kamen dann Doppelsehen, Trocken-

heit im Halse und Schluckbeschwerden hinzu, die immer mehr zunahmen, so daß er schließlich nichts mehr schlucken konnte. Es erfolgte nun Aufnahme in die Klinik. Hier nahmen die Erscheinungen weiter sehr stark zu, die sämtlichen Symptome des Botulismus waren sehr stark vertreten. Kompliziert wurde die Erkrankung noch durch eine Phrenicusparese und Kehlkopflähmung, weiter durch das Auftreten einer Schluckpneumonie. Trotz der Schwere der ganzen Symptome aber nahm sie einen günstigen Ausgang; nach zirka 6 Wochen konnte Patient geheilt entlassen werden. Rpd. jun.

Ueber die Milchversorgung der Städte. Welche hygienischen Maßnahmen sind dabei wünschenswert? Von Dr. Grimm, prakt. Arzt. Wissenschaftl. Hilfsarbeiter an der Königl. Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung. Vierteljahrsschrift für gerichtl. und öffentl. Sanitätswesen. Dritte Folge, XLII. Band, 2. Heft, Jahrg. 1911, 4. Heft.

Verfasser gibt in seiner ausführlichen Arbeit eine zusammenfassende Uebersicht über die gesundheitlichen Gefahren, die mit dem Milchgenuß verbunden sein können, wobei er namentlich die Infektionsmöglichkeiten durch Milch erörtert und besonders die neuesten Tuberkuloseforschungsergebnisse Erwähnung tut. Für die Bekämpfung der Rindertuberkulose kommt, da sich diagnostische Tuberkulinprobe praktisch als zu wenig brauchbar erwiesen hat und die Wassermann-Brucksche Komplementablenkung für die Praxis noch zu kompliziert ist, bis jetzt nur die rein klinische Diagnostik in Betracht, die auch in dem Viehseuchengesetze vom 26. Juni 1909 ihre gesetzliche Stütze erhalten hat. Leider läßt sich, wie vergleichende Schlachthofergebnisse gezeigt haben, kaum die Hälfte aller offenen Rindertuberkulosen klinisch erkennen, so daß der nicht erkannte Teil — alle als offen ermittelte Tuberkulosen sind aus den Ställen zu entfernen — in diesen zurückbleibt und die weitere Verbreitung der Seuche veranlaßt. — Um die mit dem Milchkonsum verknüpften Schäden weitgehendst zu beseitigen, tritt Verfasser sehr dringlich für die Schaffung von kommunalen Milchämtern und Milchzentralen ein, die auf die Durchführung all der bekannten hygienischen Forderungen hinzuwirken haben und als Großunternehmen für ihre Erfüllung allein Gewähr leisten können. Zum Schluß betont Verfasser mit Recht, daß mehr als bisher für eine eingehende Kenntnis der Behandlung der Milch im Haushalt innerhalb der Familie gesorgt werden muß. In dieser Beziehung könnten die Mädchenschulen viel Gutes schaffen, aber auch die Aerzte müßten im täglichen Verkehr mit ihrer Klientel auf diesem Gebiet an Aufklärungsarbeit und Belehrung wesentlich mehr als bisher leisten. Das vom Kaiserlichen Gesundheitsamt herausgegebene Milchmerkblatt könnte ihnen hierfür die geeignete Grundlage bieten.

Dr. Hillenberg-Zeitz.

Der Uebergang von Kieselsäure in die Milch beim Sterilisieren in Glasflaschen. Aus dem pharmakolog. Institut der Universität Greifswald. Von Hugo Schulz. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 7.

Nach den Erfahrungen, die man über die Wirkung der Kieselsäure auf den menschlichen Organismus gemacht hat, äußert sich ein Teil dieser Wirkung in Störungen der Darmtätigkeit bezw. in hartnäckiger Obstipation. Verfasser dachte nun daran, daß möglicherweise die Kieselsäure aus dem Glase der zur Milchsterilisation benutzten Flaschen als ursächliches Moment bei der Entstehung der Obstipation der Flaschenkinder mit herangezogen werden könne und führte demgemäß einige Analysen aus. Jeder einzelne Versuch lieferte 3 Kieselsäurebestimmungen: Eine aus der reinen, ungekochten Milch, um eine Vergleichsgrundlage zu haben, eine aus der gleichen Menge Milch, die in einer sog. „Original"-Soxhletflasche gekocht war und eine aus einer billigen Flasche.

Aus den Versuchen ergab sich, daß auch ein gutes Glas bei längerem Kochen mit Milch eine deutlich ins Gewicht fallende Menge von Kieselsäure an diese abgeben kann. Bei nur kurz dauerndem Kochen reduziert sich bei gutem Glas der Wert für die abgegebene Kieselsäure auf ein Minimum, beziehentlich auf Null, vorausgesetzt, daß die Flasche schon vorher einmal mit Milch ausgekocht war. Billiges Glas gibt dagegen stets Kieselsäure ab. Es könnten also die Veränderungen im Befinden der Flaschenkinder wenigstens zu einem Teile der Kieselsäure zugeschrieben sein. Ob tiefergehende Störungen

im Allgemeinbefinden der Flaschenkinder, insbesondere die Barlowsche Krankheit zu einem Teile auf zu reichliche Einfuhr von Kieselsäure zurückzuführen sind, wagt Verfasser noch nicht zu entscheiden.

Dr. Waibel-Kempten.

Sind Bierglasdeckel gesundheitsschädlich, wenn sie nicht in allen Teilen aus Reichszinn hergestellt sind? Von Prof. A. Heffter und Dr. Fritz Sachs. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Dritte Folge, XLII. Band, 2. Heft, Jahrg. 1911, 4. Heft.

Nach dem Bleizinngesetz vom 25. April 1887 dürfen Bierkrugdeckel in allen Teilen, also auch denen, die mit dem Bier nicht direkt in Berührung kommen, wie Scharnier und Krücke, nur 10% Blei enthalten. Die Wünsche der beteiligten Industrien gehen nun dahin, für die obengenannten „Beschläge" eine bleireichere Legierung (mit 35—40% Blei) verwenden zu dürfen. Nach ausgedehnten Vorversuchen stellten die Autoren fest, daß aus Deckeln und Beschlägen, die durchweg aus Reichszinn (mit höchstens 10% Blei) hergestellt sind, durch ein Liter Bier-Wassergemisch, wie es das Spülwasser in den Wirtschaft gewöhnlich darstellt, etwa bis 0,64 mg Blei aufgenommen wurden, während Deckel mit Beschlägen, deren Bleigehalt ca. 35% betrug, höchstens die doppelte Quantität Blei an die Flüssigkeit abgaben; auch bei sauer gewordenem Bierwassergemisch trat eine Aenderung der genannten Mengenverhältnisse nicht ein. Aus diesem geringen Bleigehalt des Spülwassers kann aber unmöglich auf eine Gefahr für die Gesundheit der Biertrinker geschlossen werden; denn selbst den extremen Fall gesetzt, daß einmal 20 ccm Spülwasser im Glas vor dem Neueinschenken enthalten wären, so würden dadurch im Höchstfalle nur etwa 0,026 mg Blei dem Körper zugeführt werden. Da es sich nun mit größter Wahrscheinlichkeit nie um eine fortgesetzte Zufuhr dieser kleinsten Bleimengen im täglichen Leben bei ein und demselben Individuum handeln wird, und somit eine kumulierende Wirkung nicht zu befürchten ist, so stehen der Verwendung von Bierkrugdeckeln mit Beschlägen, die einen höheren Gehalt an Blei aufweisen, als er gesetzlich vorgeschrieben, gesundheitliche Bedenken nicht entgegen. Dr. Hillenberg-Zeitz.

---

4. Soziale Hygiene.

Die Fürsorge für Erwerbsbeschränkte durch Arbeitsvermittelung. Von Landesrat Hansen-Kiel. Konkordia; 1912, Nr. 1.

Die Fürsorge für die Erwerbsbeschränkten, die überall vorhanden sind, die man nicht zum wenigsten auf dem Lande antrifft, macht es wünschenswert und geboten, die Zahl der Arbeitsvermittelungsstellen zu vermehren. Die Gemeinden können durch eine Betätigung im Arbeitsnachweiswesen manche geschwächte und in der Leistungsfähigkeit beeinträchtigte Person, ebenso häufig ganze Familien vor dem wirtschaftlichen und damit auch oftmals sittlichen Verfalle bewahren. Schwerlich können sich die Versicherungsträger, die Krankenkassen, Berufsgenossenschaften — gewerbliche wie landwirtschaftliche — und Landesversicherungsanstalten der Erkenntnis verschließen, eine wie wertvolle Hilfe ihnen in ihrer Wirksamkeit, unmittelbar wie mittelbar, zuteil wird, wenn es durch den entsprechend ausgebauten Arbeitsnachweis gelingt, die geminderten Arbeitskräfte wieder geeigneter Arbeitsgelegenheit zuzuführen. Für solche Hilfe rechtfertigt sich unbedingt die Gewährung einer finanziellen Vergütung, deren Verabreichung die Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung durchaus als zulässig erscheinen lassen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ledigenheime. Von Sanitätsrat Dr. Wilhelm Feilchenfeld, Berlin-Charlottenburg. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1912, Nr. 6.

„Wer soll ein Ledigenheim errichten?" ist die erste Frage, die Verfasser aufwirft. Gegen den Arbeitgeber herrscht ein berechtigtes (?) Vorurteil, wenn dieser Arbeiterwohnungen herstellt; denn durch Erwerb eines Stückchens Land und des Hauses werde die Freizügigkeit und die freie Wahl der Arbeitsgelegenheit dauernd beseitigt. (!) Für Ledigenheime treffe dies ja nicht ganz zu, aber der Arbeiter stelle sich außerhalb der Arbeitsgelegenheit nicht gern unter die Aufsicht und Kontrolle seines Arbeitgebers. Deshalb könne man der Errichtung

der Ledigenheime durch den Arbeitgeber nicht das Wort reden; sie müßten vielmehr als völlig freie Volks-Hotels errichtet werden. Am besten nimmt eine gemeinnützige Aktiengesellschaft, wie z. B. in Charlottenburg, derartige Errichtungen in die Hand. Konfessionelle Ledigenheime sind nicht zu empfehlen; das Heim soll auch nicht als Wohltätigkeitsinstitut, sondern höchstens als Wohlfahrtsanstalt bestehen; es muß sich unbedingt selbst erhalten und einen bescheidenen Gewinn abwerfen.

Die Ledigenheime sollen in Arbeitervierteln und in möglichster Nähe der Straßenbahn- und Eisenbahnstationen errichtet werden. Das einzelne Haus darf nur für ein Geschlecht bestimmt werden, und zwar ist das Bedürfnis für die Männer größer, als für die Frauen, die sich leichter in den Rahmen einer Familie einfügen.

Bei uns in Deutschland ist die Errichtung von Einzelzimmern notwendig, während England mehr gemeinsame Räume, Klubräume, bevorzugt. Charlottenburg hat ein Haus mit 285 einbettigen Zimmern, 12 Zimmern mit je zwei und 12 Zimmern mit je 3 Betten; die Bau- und Einrichtungskosten betragen rund 1500 Mark pro Bett. Erhoben wird an Gebühren 7 bis 12 Mark monatlich, einschließlich Heizung, Beleuchtung, Zimmerreinigung und Hauswäsche.

Um die Gesamtkosten zu vermindern, sind in dem Heim Läden anzulegen, die sich erfahrungsgemäß aus der Bewohnerschaft des Hauses erhalten können, z. B. Barbiere, Schuster, Zigarrenhändler, Wäscherei usw. Die Hausordnung muß frei und weitherzig sein; kleinliche Chikanen jeder Art müssen vermieden werden; auch der Schein einer Bevormundung darf nirgends zutage treten.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Sexualleben und Arbeitsleistung. Von Max Marcuse in Berlin. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1911, Nr. 25.

Die soziale Frage ist im wesentlichen eine Magen- und Geschlechtsfrage; die gesamte Kultur ist beeinflußt von sexuellem Fühlen und Handeln. Inwieweit das Sexualleben des Arbeiters mit der Arbeitsleistung zusammenhängt, ist noch nicht erforscht, während die Beeinflussung der Arbeitslust und Arbeitskraft bei den geistigen Arbeitern durch sexuelle Ausschweifung, durch Abstinenz usw. wohl bekannt ist.

Die Arbeiterschaft hat gleichsam ihre eigenen Sexualprobleme; es besteht gewissermaßen ein sexual-ökonomischer Parallelismus. Die Stärke des Geschlechtstriebes, die Frequentierung der Prostitution, die Beurteilung der unehelichen Mutterschaft, die künstliche Beschränkung der Kinderzahl, die eheliche Treue sind etwa die Punkte, an denen diese Zusammenhänge deutlich werden müßten.

Eine fruchtbare und beständige Kultur ist nur möglich, wenn Arme und Herzen des Volkes gesund bleiben, und diesen Wurzeln der Kraft werden sicherlich neue Lebenssäfte zugeführt werden durch Aufdeckung der Zusammenhänge zwischen Sexualleben und Arbeitsleistung.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Die Folgen der Blutverwandtschaftsehe. Von Dr. G. Rohleder Sexualprobleme; 1911, Nr. 11 und 12.

Verfasser weist nach, daß bisher kein direkter Beweis von schwerer Schädlichkeit von Inzucht vorliegt. Die Inzucht ist nicht die Ursache der Degeneration, sondern eben nur das Mittel, durch das die Natur die Gesetze der Vererbung (des Alkoholismus) demonstriert.

Für die Aerzte liegt also, wenn Verwandte 4. Grades, die völlig gesund sind, sich ehelichen wollen, kein medizinischer Grund vor, vom Eingehen einer solchen Ehe abzuraten.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Entvölkerung des platten Landes in den Vereinigten Staaten. Von Dr. E. Imbeaux. Revue d' Hygiéne et de Police sanitaire; 1911, Bd. 33, Nr. 10.

Die Entvölkerung des platten Landes ist eine Erscheinung, die wir in allen Kulturstaaten beobachten. Sie hat sich am schnellsten in England vollzogen, wo im Jahre 1901 einer städtischen Bevölkerung von 68 % nur 32 % Landbewohner gegenüberstanden. In Frankreich hat sich das Verhältnis der

städtischen zur ländlichen Bevölkerung, das 1846 35 : 65 betrug, derart verschoben, daß 1906 auf 51 % Städter, 49 % Landbewohner kamen.

In den Vereinigten Staaten bestehen folgende Zahlenverhältnisse:

	1890	1900	1910
Städtische Bevölkerung	36	40,5	46
Ländliche „	64	59,5	54

Die Entwicklung der Industrie trägt auch in den Vereinigten Staaten die Hauptschuld der Entvölkerung des Landes.

Dr. Dohrn-Hannover.

Die Schädlichkeit von Schundfilms für die kindliche Psyche. Von Dr. Hellwig-Berlin-Friedenau. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; Nr. 22.

Verfasser meint, daß in dem von Dr. Laquer in Frankfurt a. M. mitgeteilten Falle (S. Seite 668, Jahrg. 1911 dieser Zeitschrift) ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Taschendiebstahl und der angeblich von dem Knaben in dem Biographen gesehenen Vorführung eines derartigen Verbrechens nicht nachgewiesen ist, ja daß es nicht einmal wahrscheinlich sei, daß die Vorführung des Films das Kriminellwerden des Jugendlichen bewirkt habe; es bestehe nur ein hoher Grad von Wahrscheinlichkeit, daß dadurch die Art und Weise des verbrecherischen Verhaltens beeinflußt sei.

Wichtiges Material über die in Rede stehende Materie verdankt H. Herrn Dr. Fevrell aus Stockholm:

1. Ein 8jähriger Knabe, angeregt durch eine kinematographische Vorstellung von Szenen, die er später im Traume mehrfach durchlebte, hatte mehrmals seine Kameraden mit dem Messer bedroht und einen Knaben auch etwas verletzt.

2. Eintritt von pavor nocturnus bei einem 9jährigen Knaben infolge Besuchs eines Biographen, in dem Indianer, Kinderraub und dergl. zur Vorstellung gelangten.

3. 3 Knaben im Alter von 12 Jahren hatten längere Zeit hindurch Schrot und Materialwaren aus einer Fabrik gestohlen, um für den Erlös den Biographen zu besuchen.

Bei der kritischen Beleuchtung scheidet nach Ansicht des Verfassers der letzte Fall als nicht hierher gehörig aus. In diesem Falle handelte es sich um einen Diebstahl, der zur Ermöglichung des Besuches eines Kinematographen-Theaters begangen wurde, nicht um die Suggestion des Diebstahls durch die Vorführung. Dagegen sind die beiden anderen Fälle außerordentlich instruktiv. Der zweite Fall ruft ein besonderes Interesse insofern hervor, als er zeigt, daß derartige schädliche Einwirkungen nicht nur bei Schundfilms entstehen, sondern auch bei Films vorkommen können, die an sich nicht verwerflich sind, die aber durch Ueberreizung der Phantasie Jugendlicher zu pathologischen Erscheinungen Anlaß geben können.

Zuletzt gibt Verfaser die Gutachten zur Kenntnis, die von den Herren Baginski, Ziehen und Eckert in einem Verwaltungsstreitverfahren abgegeben wurden. Es handelte sich hierbei um 4 Klagen gegen den Berliner Polizeipräsidenten, weil er 4 Films teils völlig, teils für Kinder unter 14 Jahren verboten hatte. Erfreulicherweise herrscht über die wesentlichen Punkte in den Gutachten völlige Uebereinstimmung. Dr. Dörschlag-Strelno.

Sozialhygienisches aus Elsaß-Lothringen. Von Dr. med. Weigand, Generaloberarzt a. D. in Straßburg. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1911, Nr. 24.

Nach wie vor steht in Elsaß-Lothringen die Hauptstadt mit ihren gemeindlichen Einrichtungen an der Spitze. Zu erwähnen ist zunächst, daß hier eine neue Begräbnis- und Friedhofsordnung geschaffen ist. Bis jetzt hatte dieses Gebiet ziemlich im argen gelegen; es fehlte an Leichenhallen, die Verschonzeit der Gräber war viel zu gering gewesen (7 Jahre bei Erwachsenen, 5 Jahre bei Kindern); auch war das Leichenträger- und Transportwesen ganz veraltet. Der Betrieb der Friedhöfe soll kommunalisiert werden. Es wird ein eigenes Friedhofsamt errichtet.

Weiterhin ist die Anlage für maschinelle Abwässerreinigung hervorzuheben. In erster Linie ist eine Grobrechenanlage geschaffen. Zur Reinigung durch Feinsiebanlagen dient ein Siebschaufelrad. Zur Zeit wird die

Verwertung der vorgereinigten Abwässer in der Landwirtschaft durch Bewässerung ausgedehnter Flächen sowie ihre biologische Reinigung in Fischteichen geprüft.

Ferner ist ein neues Kinderkrankenhaus mit 320 Betten gebaut, im Anschluß an das städtische Schwimmbad ein Medizinalbad errichtet, und eine Schulzahnklinik in Betrieb genommen.

Bei der Säuglingsfürsorge ist der Tätigkeit des Gemeinde-Waisenamtes und der Generalvormundschaft zu gedenken. Durch die stete Verbesserung der Pflege- und Gesundheitsverhältnisse der Kinder wird die Krankheits- und Sterblichkeitsziffer herabgedrückt. Für den Säuglingsschutz sind 1909 rund 21000 M. verausgabt.

Erwähnenswert sind die Fortschritte, welche die Irrenpflege im ganzen Lande gemacht hat. Zur französischen Zeit hatte Elsaß-Lothringen nur eine Anstalt in Stefansfeld; die Kranken aus Lothringen kamen nach Maréville bei Nancy. Es wurde deshalb 1880 für Lothringen die Anstalt in Saargemünd gebaut, 1910 die in Lörchingen. Jetzt sind auch eine Irrenklinik an der Universität Straßburg, eine Blödenanstalt in Bischweiler und eine Siehenanstalt in Colmar errichtet, endlich eine Aufnahme- und Pflegeanstalt in Rufach. Der Krankenhausbau in Metz ist noch immer in Schwebe, während der Bau des Militärlazaretts in Plantiéres bei Metz im nächsten Frühjahr begonnen wird. Die Errichtung eines Krüppelheims ist in Aussicht genommen. Dr. Hoffmann-Berlin.

5. Gefängnishygiene.

Die sanitären Verhältnisse in den russischen Strafanstalten. Von Dr. Falk-Moskau. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 38.

Die russischen Strafanstalten werden sehr häufig von Infektionskrankheiten heimgesucht. 1908—09 herrschten große Typhusepidemien; täglich wurden 1200 Typhuskranke behandelt. Der Flecktyphus, der aus Deutschland ganz verschwunden ist, steht dort noch in voller Blüte. Der Grund liegt in den schlechten hygienischen Zuständen, die Verfasser an der Hand des offiziellen Berichtes von Dr. Gurjew schildert.

Der russische Gefangene bekommt zu wenig zu essen. Es soll jetzt auf Gesetzeswege die Kost verbessert und vermehrt werden; aber auch dann wird das Minimum von dem, was allgemein gefordert wird, noch nicht erreicht. Gutes Brot soll nur in wenigen Gefängnissen vorhanden sein. Die Reinlichkeit ist sehr schlecht. Wäsche wird nur alle 14 Tage gewechselt. Es wimmelt von Ungeziefer. Geschlafen wird im Arbeitsraum. In der Zelle steht ein primitives Zimmerklosett, das nie desinfiziert und nur zweimal täglich geleert wird. Eine Untersuchung und Reinigung bei der Aufnahme findet nicht statt. Der Neuaufgenommene kommt ohne Rücksicht, ob er krank ist, sofort in die gemeinsame Zelle. Die ärztliche Behandlung ist sehr minderwertig und ruht zum größten Teil in den Händen eines Heilgehülfen, eines meist rüden, ungebildeten Burschen, dessen Behandlung direkt gefährlich ist.

Die Morbidität beträgt infolgedessen ca. 14%, worunter nur die Lazarettkranken zu verstehen sind, die Mortalität 1,6%. Am meisten herrscht Tuberkulose mit einer Morbidität von 9—13%. Rpd. jun.

6. Medizinalverwaltung.

Der gegenwärtige Stand des englischen amtsärztlichen Dienstes. Von Henry Handford, M. D., F. R. C. P., D. P. H., consulting physician to the general hospital, Nottingham, and to the Nottingham and Notts sanatorium for consumption, county med. off. of health, Nottinghamshire. Vortrag vor der Midland Sektion des engl. Medizinalbeamtenvereins. Public health; XXV, Nr. 3; Dezember 1911.

Kurz vor der allgemeinen Einführung des amtsärztlichen Dienstes in England und Wales, im Jahre 1870, betrug auf 1000 Lebende die Zahl der Todesfälle 21,6; seitdem ist sie bis zum Jahre 1910 auf 13,4 gesunken, was eine Verminderung der Sterblichkeit um 37,9% bedeutet. In demselben Zeitraum sank die Mortalität der Säuglinge von 160 (auf 1000 Geburten) auf 106, d. h. um 33,7%. Vor der Anstellung von Amtsärzten hatte die Sterblichkeitsziffer

sich in ziemlich gleichbleibender Höhe Jahre hindurch gehalten; auf 1000 Lebende im Jahrzehnt 1841—1850 22,4, 1851—60 22,2 und 1861—70 22,5 Todesfälle.[1])

Aehnliches gilt von der Sterblichkeit bei bestimmten Erkrankungen. Berechnet auf eine Million Menschen, sank die Mortalitätsziffer von 114 bei Scharlach in der 10jährigen Periode 1899—1908 auf 90 in 1909, bei Diphtherie von 210 im letzten Jahrzehnt auf 146, bei Typhus von 117 auf 60, bei Darmkatarrh einschließlich Ruhr von 679 auf 290, bei Phthise von 1214 auf 1081.

Trotz dieser Fortschritte, an denen die Amtsärzte wesentliche Verdienste haben, ist die Sanitätspolizei nicht populär. Die vorbeugende Heilkunde verlangt Selbstbeschränkung und Opfer, wendet sich an die Zukunft mehr als an die Gegenwart, appelliert an den Verstand und nicht an das Gemüt. Das Publikum versteht daher die Tätigkeit der Amtsärzte nicht genügend; gar oft gelten diese als eine bessere Art von Sanitätsinspektoren, die bloß die Pflicht haben, nach Mißständen zu suchen. Dabei ist die Honorierung in England ungenügend, Vermögen lassen sich nicht sammeln; bei Ehrungen und Auszeichnungen werden selbst verdiente medical officers of health überschlagen. Das medizinische Studium dauert meist 6 Jahre. Das Diplom für öffentliche Gesundheitspflege kann erst nach weiterem 1jährigen Studium mit all seinen Kosten erlangt werden. Gelingt es dem Arzt endlich, vollbeschäftigter medical of health zu werden, so ist sein Gehalt meist halb so groß, wie jenes des Stadtsekretärs bei derselben Behörde. Angestellt wird der Arzt selten unter 30, oft bei 40 Jahren. Aelter als 45 soll der Amtsarzt bei der Bestallung nicht sein. Nach dieser Zeit ist auch eine Gelegenheit zum Stellenwechsel nur selten. Noch geringer ist die Bezahlung bei Halbbeschäftigten. In einem ländlichen Bezirk mit 20000 Einwohnern zahlte die Distriktsbehörde schon vor 39 Jahren 40 £ pro Jahr, und heute, trotz der Einwände des Local Government Board, sogar nur 35 £. Verschiedene Gesuche um Gehaltserhöhung wurden damit beantwortet, daß der betreffende Arzt Impf- und Armenarzt sei, so daß er im ganzen ja mehr verdiene.

Die Ursache für die kärgliche Besoldung sucht der Autor in dem großen Andrang der Aerzte, im Sinken der Einkommen der liberalen Berufe überhaupt und in dem außerordentlichen Anwachsen der unbezahlten, sogenannten Caritasarbeit der Aerzte, besonders in den Krankenhäusern, die auf mehrere Millionen Sterling pro Jahr zu schätzen ist. Er warnt vor Ueberfüllung des ärztlichen Berufes.

Die Sicherheit der Stellung des Amtsarztes ist jetzt für London, Schottland und die englischen und Walliser Grafschaften verbürgt. Die Zentralbehörde hat in jüngster Zeit sehr viel dafür getan. Sollte aber der Fall eintreten, daß gegen den Wunsch der Ortsbehörde das Local Gouverment Board einen Amtsarzt in seiner Stelle zu halten versuchte, so wäre seine Position dennoch unhaltbar — abgesehen von der notwendig folgenden Kürzung des Gehaltes. Dabei sah der Autor manchen Amtsarzt seiner Stelle nur dadurch verlustig gehen, daß er seine Pflicht nicht immer weise, aber sicher zu gut erfüllte. Eine Entlassung wegen schlechter Führung, mangelnder Leistungsfähigkeit, Ueberschreitung seiner Befugnisse sah er dagegen nie.

Dr. Mayer-Simmern.

---

7. Kurpfuscherei.

Kurpfuscherei in Elsaß-Lothringen und die Mittel zu ihrer Bekämpfung. Von Dr. Mosser, Kreisarzt in Mülhausen i. E. Nach einem Vortrage, gehalten in der Sitzung des ärztlich-hygienischen Vereins am 9. Dezember 1911. Straßburger med. Zeitung; 1912, Heft 2.

---

[1]) Interessant ist ein Vergleich mit der bayerischen Todesursachenstatistik (Münchener med. Wochenschrift, 1912, S. 396) und mit der deutschen und preußischen (Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin, 1912, I. Suppl., S. 16 und 17). Danach betrug die Sterblichkeit auf 1000 Einwohner in Deutschland 1872: 30,62, 1908: 19,01; in Preußen 1870: 29,0, 1908: 19,0; in Bayern 1881/85 28,64, 1910: 18,96. In England sind die Zahlen wesentlich geringer; der Abfall der Sterblichkeit jedoch nur wenig größer als in Deutschland (37,9% gegen 33 1/3 %).

Es wird zunächst darauf hingewiesen, wie das Kurpfuschertum in Elsaß-Lothringen in den letzten Jahrzehnten an Ausdehnung gewonnen hat, während zur Zeit der französischen Herrschaft die Ausübung der Heilkunde nur den approbierten Aerzten vorbehalten war. Verfasser unterscheidet 3 Kategorien von Kurpfuschern: Die im Hauptberufe gewerbsmäßig tätigen Kurpfuscher, die nur gelegentlich gegen Entgeld oder Geschenke kurpfuschenden Laienpraktiker und die als Krankenpflegepersonen, Heilgehilfen, Hebammen, Apotheker und Drogisten beruflich mit Kranken in Beziehung tretenden Personen, die sich eigenmächtig auf das Gebiet der Krankenbehandlung begeben. Unter die beiden ersten Kategorien können in Elsaß-Lothringen ca. 80 Personen gerechnet werden. 25 haben als Kurpfuscher im Hauptberufe ein sehr ansehnliches Einkommen; die meisten von ihnen sitzen in den größeren Städten Straßburg, Colmar und Mülhausen; auch in den Grenzorten St. Ludwig und Hüningen an der Schweizer Grenze ist die Zahl der Kurpfuscher eine ungewöhnlich große. Letztere Erscheinung findet darin ihre Erklärung, daß die Kantonsbehörden der Stadt Basel keine Kurpfuscher duldet.

Die Spezialität, die z. Z. am meisten einbringt und daher am stärksten vertreten ist, ist die der Magnetiseure und Hypnotiseure, von denen die meisten Frauen sind, die aus irgend einem amerikanischen Schwindelinstitute ein Diplom erkauft haben und mitunter auch ganz gewöhnliche Wahrsagerei treiben.

Die übermäßig hohen Apothekenwerte nötigen manchen Apotheker, seinen Geschäftsumsatz durch schwindelhafte Reklame und Kurpfuscherei zu vermehren; dies trifft namentlich für einige Stadtapotheker. Auf dem Lande wird von den Aerzten häufig über das Kurpfuschen von Krankenschwestern geklagt.

Verfasser berührt auch die Tätigkeit der Naturheilvereine, die vielfach systematischer Weise durch Untergraben der ärztlichen Autorität der Kurpfuscherei Vorschub leisten.

Zur Bekämpfung des Kurpfuschertums wird zunächst genaue Kenntnis der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und einheitliches Vorgehen in allen Bezirken empfohlen. Verfasser bespricht der Reihe nach die einzelnen gesetzlichen Unterlagen. Daß in Elsaß-Lothringen noch gesetzliche Bestimmungen aus der französischen Verwaltungsperiode in Kraft sind, die im übrigen Deutschland fehlen, ist besonders erwähnenswert. Hierher gehört das Gesetz vom 21. Germinal XI, das die öffentliche Ankündigung von Geheimmitteln verbietet und den Apothekern den Verkauf medizinischer Zubereitungen ohne ärztliche Vorschrift untersagt. Weiter der § 479 des Code pénal, der das gewerbsmäßige Wahrsagen unter Strafe stellt und der nach einer Interpretation eines berühmten französischen Rechtsgelehrten auch für die Fälle in Anwendung zu kommen hat, wo mittelst Hypnose oder durch sonstigen Okultismus Krankheitsdiagnosen gestellt werden.

Nach einem Hinweis auf den kläglich gescheiterten Entwurf eines Kurpfuschergesetzes fordert Verfasser mit besonderem Nachdruck den Anschluß an die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums.

Eigenbericht.

Besprechungen.

Gesammelte Werke von Robert Koch. Unter Mitwirkung von Prof. Dr. Gaffky, Geh. Ober-Med.-Rat in Berlin und Prof. Dr. E. Pfuhl, General-Oberarzt a. D. in Berlin, herausgegeben von Prof. Dr. **J. Schwalbe,** Geh. San.-Rat in Berlin. 3 Bände; G. 4°, 1896 S. Leipzig 1912. Verlag von Georg Thieme. Kartonniert 80 M., gebunden 88 M.

Noch bevor dem großen Meister ein seiner epochalen Bedeutung für die Medizin und die Volkswohlfahrt würdiges Denkmal in Erz und Stein gesetzt ist, liegt ein Monumentum aere perennius vor uns: seine unsterbliche Lebensarbeit, bestehend in Aufsätzen, Vorträgen und den bisher nicht veröffentlichten Berichten, Gutachten usw. Mit Unterstützung der Erben und hoher Staatsbehörden (Kirchner, Bumm) gesammelt und unter Mitwirkung von Gaffky und Pfuhl von Schwalbe herausgegeben, gewährt das wissenschaftliche Monumentalwerk einen Einblick in die gigantische Größe Robert

Kochs, in die Feinheit, Schärfe, Folgerichtigkeit und Gewissenhaftigkeit seiner Arbeitsmethoden, Forschungen und Entdeckungen, die Licht hineintrugen in das Dunkel der Infektionskrankheiten und als praktische Folge die Aera der ätiologischen Bekämpfnng völkerverzehrender Seuchen herbeiführten. Wenn auch erst spätere Generationen die Bedeutung der Lebensarbeit Robert Kochs für die private und öffentliche Hygiene und für alle mit ihr in Beziehung stehende Gebiete der Medizin und des praktischen Lebens im vollen Umfange zu würdigen imstande sein werden, eins steht fest: sein Schaffen ist bahnbrechend gewesen und geblieben für den Fortschritt der medizinischen Wissenschaft. Insbesondere liegt die Geschichte der Geburt und des Wachstums der modernen Bakteriologie und ihrer erfolgreichen Anwendung für Einzel- und Staatenleben in unvergänglichen Lettern in Kochs Veröffentlichungen eingegraben vor. Sie bilden daher ein lebendiges Quellengebiet, aus dem die Mit- und Nachwelt Wissen, fruchtbare Anregung und Förderung in Pietät und Dankbarkeit gegen den Meister schöpfen soll und wird. Und wie aus der Persönlichkeit des großen Forschers und Lehrers, so tritt auch aus seinen Schriften die überzeugende Kraft, die durchsichtige Darstellung, das Kristallklare des Ausdrucks und der Gedanken hervor. Deshalb konnte auch die deutsche medizinische Wissenschaft ihren größten Sohn auf uns Aerzte nicht machtvoller und nachhaltiger, nicht persönlicher einwirken lassen als dadurch, daß sie ihn selbst in seinen Vorträgen, Aufsätzen, Berichten und Gutachten, die die Zahl 100 fast erreichen, zu uns sprechen läßt. Und es sind wahre Meisterworte!

Den Rahmen des Werkes bilden die Gedächtnisrede Gaffkys auf den heimgegangenen Lehrer und Meister und Kochs eigene Antrittsrede in der Akademie der Wissenschaften am 1. Juli 1903. Wir bekommen damit in scharfen Umrissen ein Lebensbild des Wohltäters der Menschheit und in autoritativster Darstellung den Ausgangspunkt und Entwickelungsgang seiner Entdeckungen, die aller Welt zu gute gekommen sind.

Der erste Band enthält die Arbeiten, die sich beziehen auf die Aetiologie der Milzbrandkrankheit, auf die Wundinfektionskrankheiten, auf Febris recurrens, Spirochaeten, auf die pathogenen Organismen, auf die Milzbrandimpfungen und den Nachweis der Mikroorganismen im Boden, Luft und Wasser. Daran schließen sich Veröffentlichungen über die Desinfektion mit heißer Luft und heißen Wasserdämpfen, über Desinfektion von Schiffen, über Untersuchung der Rieselgüter-Abwässer, über Flußverunreinigung und Leitungswasser u. a. Dann folgen die Arbeiten aus dem Gebiete der Tuberloseforschung, beginnend mit der „Aetiologie der Tuberkulose", die den Weltruf Robert Kochs begründete. Die Tuberkulosefrage ist nach der ätiologischen, epidemiologischen, prophylaktischen und therapeutischen Richtung hin auch bis in die letzten Lebenstage Gegenstand seiner bahnbrechenden Forschertätigkeit geblieben. Eine bewunderswerte Schöpfung genialer Kraft liegt in den Tuberkulose-Veröffentlichungen vor; es ist das Fundament, auf dem wir stehen, und wert, in der klassischen Behandlung jedem bekannt zu sein, der sich Arzt nennen darf.

Von den im zweiten Bande zusammengefaßten Arbeiten seien hier nur die Stichworte angegeben: Choleraforschung, Seuchenbekämpfung im Kriege, Tuberkulosebekämpfung, Malariaexpeditionen, Schwarzwasserfieber, Trypanosomenkrankheiten und Erforschung der Schlafkrankheit. Wir wissen, welche Fülle von schöpferischer Arbeitskraft und Arbeitsfreudigkeit darin verborgen ist.

Der dritte Band umfaßt Berichte über Tropenerkrankungen der Menschen, Rinder und Pferde, im Anhang u. a. auch Kochs Reden gelegentlich von Festlichkeiten zu seinen Ehren, dann eine sehr große Anzahl von Gutachten, die Robert Koch an Reichs-, Staats- und Kommunalbehörden abgegeben hat. Sie betreffen die Zoonosen und akuten allgemeinen Infektionskrankheiten, das Impfgesetz, praktische Tuberkulosefragen, die Abwässerbeseitigung und Wasserversorgung usw. und beweisen, daß es kaum ein Gebiet in der Bakteriologie und öffentlichen Gesundheitspflege gibt, auf dem Koch sich nicht wissenschaftlich und praktisch betätigt hätte. Und das alles zu dem einen großen Zweck und Ziel, Leben und Gesundheit der Menschen zu schützen, und mit der Bescheidenheit

der wahren Größe geschrieben, das Erforschliche zu erforschen und das Unerforschliche zu verehren.

So kann das vorliegende Werk, dessen I. und II. Band 1216 und dessen III. Band 680 Großquartseiten umfassen, auch über den Kreis der Fachgenossen hinaus den in der Seuchenbekämpfung tätigen Verwaltungsbeamten und den Gebildeten überhaupt warm empfohlen werden. Dann vergeht „die Klage um Robert Koch vor der Größe seiner unsterblichen Werke".

Das Werk ist mit 194 Textabbildungen und 43 Tafeln hervorragend schön, instruktiv und anregend ausgestattet. Das Portrait Robert Kochs und die Abbildung seiner Grabstätte im Institute für Infektionskrankheiten in Berlin zeigen uns ihn, wie er im Leben unser Stolz, unser Führer und Helfer war, und für alle Zeiten im Gedächtnis bleiben wird. — Außer dem Herausgeber und Mifarbeitern verdient an dieser Stelle besondere Worte der Anerkennung der Verleger für die würdige Ausstattung, in der er dieses Kleinod von unvergänglichem Werte der medizinischen Weltliteratur darbietet.

Dr. Roepke-Melsungen.

Tagesnachrichten.

Am 16. April dieses Jahres ist der Geheime Ober-Medizinal-Rat Dr. **Neidhart** in Darmstadt, vortragender Rat in der dortigen Abteilnng für öffentliche Gesundheitspflege, in den wohlverdienten Ruhestand getreten. Nicht weniger als fünfundzwanzig Jahre hat er diese Stellung wahrgenommen; ebensolange ist er Vorstand des Landesimpfinstituts und außerordentliches Mitglied des Reichsgesundheitsamtes bezw. Mitglied des Reichsgesundheitsrates gewesen. Während seiner langjährigen Amtstätigkeit in dieser Stellung hat er sich besonders um die Entwicklung und Förderung des Medizinalwesens und der öffentlichen Gesundheitspflege seines Heimatstaates große Verdienste erworben und sich infolge seiner hervorragender Tüchtigkeit und außerordentlichen Liebenswürdigkeit weit über die Grenzen seiner engeren Heimat hinaus eines hohen Ansehens und einer allseitigen Beliebtheit in den beteiligten Kreisen, namentlich in denen seiner Berufsgenossen, erfreut. Möge ihm ein recht langes otium cum dignitate vergönnt sein und ihm trotz seines hohen Alters noch viele Jahre die körperliche Rüstigkeit und geistige Frische wie bisher erhalten bleiben!

Der **II. Deutsche Kongreß für Krüppelfürsorge** findet am 29. Mai 1912 im alten Rathaussaal zu München statt. Zur eingehenden Besprechung sind folgende Fragen in Aussicht genommen:

1. Was ist durch die Bewegung der Krüppelfürsorge in den letzten 10 Jahren erreicht worden?
2. Was kostet die Behandlung und was kostet die Erziehung eines Krüppels?
3. Wie weit kann heute die Zahl der Krüppel durch eine rechtzeitige Behandlung vermindert werden?
4. Welche Kinder bedürfen der Aufnahme in eine Krüppelschule?
5. Welche Berufe eignen sich für den Krüppel?

Diskussionsbeiträge zu diesen Fragen und weitere Vorträge sind erwünscht.

Um die endgültige Tagesordnung festsetzen zu können, werden die Herren gebeten, die Anmeldnugen spätestens bis zum 25. April d. J. an Prof. Dr. Fritz Lange (München, Mozartstraße 21) einsenden und eine kurze Inhaltsangabe beifügen zu wollen.

Der **Deutsche Verein für Schulgesundheitspflege** wird in Gemeinschaft mit der **Vereinigung der Schulärzte Deutschlands** seine diesjährige II. Versammlung vom 28. bis 30. Mai in Berlin unter dem Vorsitz des Ministerialdirektors Prof. Dr. Kirchner abhalten. Die Versammlung wird mit einem Vortrag des Vorsitzenden über „Tuberkulose und Schule" eröffnet werden. Das Hauptreferat „Heizung und Lüftung in Schulen" wird von Prof. Dr. Reichenbach, Direktor des Hygienischen Institutes in Göttingen, als medizinischem Referenten, und Prof. Dr. Brabée. Vorsteher der Prüfungsanstalt für Heizungs- und Lüftungseinrichtungen der technischen Hochschule in Charlottenburg, als

technischem Referenten behandelt. Außerdem sind eine Anzahl von Vorträgen aus dem Gebiete der Schulhygiene vorgesehen. Die Schularztvereinigung wird die Frage der zweckmäßigsten schulärztlichen Untersuchungsmethoden erörtern. Anfragen betreffs der Versammlung sind an den Vorsitzenden des Ortsausschusses, Geh. Ober-Medizinalrat Dr. Abel, Ministerium des Innern, Berlin NW, Schadowstraße 10, oder an den Geschäftsführer, Prof. Dr. Selter, Bonn, Hygienisches Institut der Universität, zu richten.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten sind in der Zeit vom 10. bis 16. März 1912 erkrankt (gestorbenan): Gelbfieber, Rückfallfieber, Pest, Cholera, Tollwutl (—); Aussatz, Fleckfieber: — (—); Pocken: 6 (1), Milzbrand: 2 (1); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 2 (—); Unterleibstyphus: 132 (18); Ruhr: 10 (1); Diphtherie: 1798 (156); Scharlach: 1281 (56); Kindbettfieber: 127 (30); übertragbare Genickstarre: 2 (2); Fleisch- usw.-vergiftung: — (—); Paratyphus: 3 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 192; Tuberkulose (gestorben): 870.

Preussischer Medizinalbeamtenverein.

XXVIII. Hauptversammlung

am **Freitag, den 26. April 1912** in **Berlin.**

Tagesordnung:

Donnerstag, den 25. April:

$8^1/_2$ Uhr abends: Begrüßungs-Abend (mit Damen) im **„Rheingold“** (Ebenholzsaal); Eingang: Potsdamerstraße Nr. 3, eine Treppe hoch.

Freitag, den 26. April:

$9^1/_2$ Uhr vormittags: Sitzung im „Rheingold“ (Ebenholzsaal); Eingang wie vorher.

1. **Eröffnung der Versammlung.**
2. **Geschäfts- und Kassenbericht.**
3. **Entwurf des Wassergesetzes.** Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Salomon-Charlottenburg.
4. **Der ärztliche Sachverständige auf dem Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nach der neuen Reichsversicherungsordnung.** Referent: Landes-Med.-Rat Dr. Knepper in Düsseldorf.
5. **Methylalkoholvergiftung.** Referent: Dr. Bürger, Assistent beim Institut für Arzneikunde in Berlin.
6. **Vorstandswahl; Bericht der Kassenrevisoren.**
7. Als Diskussionsgegenstand: **Schulkinder-Untersuchungen auf dem Lande.** Referent: Kreisarzt Dr. Dohrn-Hannover.

Nach **Schluß** der Sitzung findet die Generalversammlung der **„Jubiläums-Stiftung“** statt.

Tagesordnung: **1. Geschäftsbericht 2. Vorstandswahl.**

6 Uhr nachmittags: Festessen (mit Damen) im **„Rheingold“** (wie vorher).

Um recht zahlreiche Beteiligung, auch von seiten der Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins, die freundlichst eingeladen sind, wird gebeten.

Der Vorstand des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins.

Im Auftrage: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Vorsitzender,
Reg.- u. Geh. Med.-Rat in Minden.

Druckfehler-Berichtigung. Auf Seite 221 der Nr. 7 muß es in der ersten Zeile von oben: 26. und 27. statt 26. und 29. August heißen, ferner in Zeile 20: „daß die Giftwirkung“ statt daß „sich“ die Giftwirkung und in Zeile 29: „dabei“ statt „dafür“.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 9. Ausgegeben am 5. Mai 1912.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,

Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 9.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dem ordentl. Ehrenmitgliede des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. San.-Rat Prof. Dr. Rehn; — als Geheimer Sanitätsrat: den San.-Räten Dr. Beyer in Barmen, Dr. Bielitz in Lauenburg i. P., Dr. Alfr. Dengel, Dr. Nik. Flaschlen, Dr. Alb. Keuller in Berlin, Dr. Edel in Wilmersdorf, Dr. v. Ehrenwall in Ahrweiler, Dr. Grubert in Falkenburg, Dr. Mau in Schievelbein, Dr. Middeldorpf in Hirschberg i. Schl., Dr. Müller in Bensberg, Dr. Schröder in Rendsburg, Dr. Ludw. Weidenmüller in Düsseldorf, Dr. Friedr. Wolff in Wilmersdorf, dem Arzt Er. Berthold in Königsberg i. Pr. und dem Prof. Dr. Alb. Rosenberg in Charlottenburg; — als Sanitätsrat: den Aerzten Dr. Ahlefeld und Dr. Hoffmann in Salzwedel, Dr. Altmann in Zabrze, Dr

Arendt in Kattowitz, Dr. Hans Aronson und Dr. Max Cohn in Charlottenburg, Dr. Aron in Neuwied, Dr. Bergmann und Dr. Hamm in Osnabrück, Dr. Besser in Steinau a. O., Dr. Birnbaum in Friedrichsfelde, Dr. Bremer in Garzweiler, John de la Bruyere in Kraupischken. Dr. Caspersohn und Dr. Mybs in Altona, Dr. Jul. Cohn, Dr. Herm. Dunkelberg, Dr. Rob. Illers, Dr. Eugen Lehfeldt, Dr. Max Litthauer und Dr. Alex Wolff in Berlin, Dr. Dinter in Brieg, Dr. Dittrich in Brandenburg a. H., Dr. Ebeling in Dittmannsdorf, Dr. Ebner in Tilsit, Dr. Ehring in Aschendorf, Dr. Eisner in Schöneberg, Dr. Engelien in Bartenstein, Dr. Fechter in Fahr, Dr. Förster in Atzendorf, Dr. Fritsche in Gassen, Dr. Gatz in Tuchel, Dr. Gaul in Lauenburg i. P., Dr. Gervais in Drengfurt, Dr. Gensichen in Pritzwalk, Dr. Gottesacker in Mayen, Dr. Wilh. Groß und Dr. Paul Landsberg in Breslau, Leo Gramse in Geibsdorf, Dr. Dr. Haacke in Brunsbüttel, Dr. Hansch in Lauban, Dr. Harms in Wilhelmshaven, Dr. Herrmann in Landeck, Dr. Hesselbach in Hamm, Dr. Hoffmann in Schweidnitz, Dr. Höhlmann in Liegnitz, Dr. Homburg in Bederkesa, Dr. Howitz in Dramburg, Dr. Jaenicke in Görlitz, Dr. Jahn in Sonderburg, Dr. Imhorst und Dr. Offer in Düsseldorf, Dr. Johannsen in Tostlund, Dr. Köller in Bevergern, Dr. Körner in Dom Brandenburg, Dr. Kötter in Solingen. Dr. Kreich in Gransee, Dr. Kremer u. Dr. Marckwald in Kreuznach, Dr. Jul. Lazarus in Schöneberg, Dr. Marquardt in Fechenheim, Lambert Maschmeyer in Gildehaus, Dr. May in Ebersdorf, Dr. Mittag in Weferlingen, Dr. Nagel in Neukölln, Dr. Friedr. Oelkers und Dr. Aug. Seelig in Hannover, Dr. Wilh. Oelgart in Cöln, Dr. Olbertz in München-Gladbach, Dr. Plath in Storchnest, Dr. Prölß in Gramzow, Dr. Dr. Reche und Dr. Weichmann in Liegnitz, Dr. Ressemann in Kray, Dr. Röhrich in Schlawe, Dr. Rosenthal, Dr. Wiesenthal und Dr. Seligsohn in Magdeburg, Dr. Rosenthal in Sayn, Dr. Jes Riis in Hoyer, Dr. Schopp in Essen, Dr. Schreiber in Quedlinburg, Dr. Osk. Seyffert in Gr.-Lichterfelde, Dr. Tschammer in Liebenthal, Dr. de Voys in Coblenz, Dr. Weinert in Wittichenau, Dr. Wittgenstein in Cassel, Dr. Wolffsohn in Elberfeld und Otto Zander in Angern; das Prädikat als Professor: den Privatdozenten Dr. Baumgarten in Halle a. S., Dr. Behring in Kiel u. Dr. Esch in Marburg.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung: der Königlich Bayerischen Prinz-Regent Luitpold-Medaille in Bronze am Bande der Jubiläumsmedaille: dem Kreisassistenzarzt Dr. Marmann in Koblenz; des Komturkreuzes II. Klasse des Königl. Sächsischen

Albrechtordens: dem Direktor des Instituts für Infektionskrankheiten, Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Gaffky in Berlin, sowie den Geh. Ob.-Med.-Räten Prof. Dr. Dietrich und Dr. Abel in Berlin.

Ernannt: Der Kreisassistenzarzt Dr. Lange in Prechlau zum Kreisarzt des Kreises Wirsitz mit dem Amtssitz in Wirsitz; der bayer. Oberarzt Dr. Woithe zum Kaiserlichen Regierungsrat und Mitglied des Gesundheitsamts, Prof. Dr. Seemann in München zum ordentl. Mitglied und Professor der Physiologie an der Akademie für praktische Medizin in Köln.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Müller in Elsterwerda (Kreis Herzberg) nach Reichenbach i. Schl., Kreisarzt Dr. Sauberzweig in Wirsitz nach Hanau, Kreisarzt Dr. Isfort in Call nach Warburg (zum 1. Juli).

In den Ruhestand getreten: Med.-Rat Dr. Eichenberg, Kreisarzt in Hanau.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Seligmann in Halle, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Dr. Parnemann in Osterwick (Reg.-Bez. Münster), Assistenzarzt Dr. Becker in Britz bei Berlin, Dr. Hagen in Nordhausen, San.-Rat Dr. Hundhausen in Bergneustadt (Reg.-Bez. Köln), Dr. Weinberg in Hamm i. W., Dr. Nürnberg in Erfurt, Hofrat Dr. Ludw. Lewalter in Bieb a. Rh., San.-Rat Dr. Rich. Rath in Lövenich, Dr. Heinr. Oidtmann in Linnich (Reg.-Bez. Aachen), Geh. San.-Rat Dr. Schlötke in Berlin.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: das Ehrenkreuz des Bayerischen Verdienstordens vom heiligen Michael: dem Ober-Med.-Rat Dr. L. Becker in München.

Ernannt: Der prakt. Arzt Dr. Lucas in Reckendorf zum Bezirksarzt in Staffelstein, der ord. Professor Dr. Busch in Erlangen zum außerordentlichen Beisitzer bei dem Medizinalkomitee der Universität Erlangen.

Versetzt: Bezirksärzte Dr. Schön in Pegnitz nach Ingolstadt und Dr. Lauer in Riedenburg nach Schwabach.

Gestorben: Dr. Böhm, Prosektor am anatomischen Institut in München, Dr. Bachhammer in Palling, Frauenarzt Dr. Mirabeau in München.

Königreich Sachsen.

Ernannt: Hilfsarzt Dr. Thilo in Chemnitz zum Stadtarzt und stellvertretenden Stadt-Bezirksarzt daselbst, Dr. Uhle in Zwickau zum Stadtbezirks- und Polizeiarzt daselbst.

Gestorben: Dr. Türke in Pirna und Dr. Frühstück, Anstaltsoberarzt in Hochweitzschen.

Königreich Württemberg.

Gestorben: Dr. Meinhardt in Stuttgart, Oberamtswundarzt Dr. Schum in Mergentheim.

Grossherzogtum Baden.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Ribstein, Anstaltsarzt am Landesgefängnis in Freiberg i. Br.

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Gestorben: Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Gris in Rostock.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Dr. Meyer in Metz.

Erledigte Stellen.

Königreich Preussen.

Die Stelle des Kreisassistenzarztes in **Prechlau,** Kreis Schlochau (Remuneration 1800 M. jährlich).

Die Stelle des Kreisassistenzarztes und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamte in **Düsseldorf** (Remuneration 2000 M. jährlich); Meldungen sofort.

Königreich Bayern.

Die Bezirksarztstellen in **Pegnitz** und **Riedenburg.**

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der **Verlagsbuchhandlung** von **Julius Springer** in **Berlin** über „Praktische Neurologie der Aerzte usw." bei, worauf wir besonders hinweisen.

---

25. Jahrg. Zeitschrift 1912.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 9. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 5. Mai.

Der Begriff „Heftpflaster" im Sinne der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901.

Von Dr. **Paul Fink**, Stabsarzt in Hohensalza.

Vor die Strafkammer des Landgerichts zu D. wurde ich am 15. Januar 1912 als Sachverständiger geladen. Der Kreisarzt und der pharmazeutische Sachverständige hatten in einer Drogenhandlung unter anderem mehrere Rollen „Leukoplast" vorgefunden, dessen Verkauf nach ihrer Ansicht nur in einer Apotheke statthaft ist. Gegen die Strafverfügung hatte der Drogist richterliche Entscheidung beantragt und war vom Amtsgericht zu D. kostenpflichtig verurteilt worden, weil Leukoplast nach dem Gutachten des pharmazeutischen Sachverständigen ein zusammengesetztes Pflastermittel sei und unter anderem auch Zinkoxyd enthalte. Nach Ziffer 10 des Verzeichnisses A der Kaiserlichen Verordnung sei aber nur Heftpflaster, Pechpflaster und Englisches Pflaster freigegeben, nicht aber Zinkpflaster. Von der Strafkammer ist dann der Drogist infolge meines Gutachtens mit folgender Begründung freigesprochen:

„Leukoplast hat das Berufungsgericht dem Gutachten des Dr. Fink, folgend als ein Heftpflaster angesehen, dessen Feilhalten und Verkauf nach Nr. 10 des Verzeichnisses A der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 auch außerhalb der Apotheken gestattet ist.

Es ist ein auf Gaze (richtiger Cretonne) gestrichenes, aus Kautschuk, Harz und etwas Zinkoxyd bestehendes Pflaster. Das Kautschuk und das Harz dienen lediglich Klebezwecken, nicht etwa Heilzwecken; das Zinkoxyd ist beigefügt, um bei empfindlicher Haut die reizende Wirkung des Kautschuks ab-

zuschwächen. Auch das Zinkoxyd hat daher keinen Heilzweck. Das ganze Pflaster wird, ebenso wie das gelbe Heftpflaster, dazu verwendet, bei noch nicht offenen Wunden die Wundstellen an Stelle der Verbandstoffe, die auf offene Wunden gelegt sind, festzuhalten. Daß Leukoplast nicht diejenigen Bestandteile enthält, die in dem von dem Sachverständigen Dr. H. in bezug genommenen Deutschen Arzneibuche als Bestandteile eines Heftpflasters aufgeführt sind, ist unerheblich, da es auf den Zweck des Pflasters — Pflaster zum Heften — ankommt, die Kaiserl. Verordnung überdies auf das Deutsche Arzneibuch nirgends Bezug nimmt und ein großer Teil der in der Kaiserl. Verordnung genannten Heilmittel im Deutschen Arzneibuche garnicht vorkommt.“

Soviel auch über die Zusammensetzung des Heftpflasters schon geschrieben worden ist, eine Erklärung des Begriffes „Heftpflaster“ ist bisher noch nicht versucht worden. Man findet sie nicht in den Arzneibüchern und auch nicht in der Literatur. Sie ergibt sich aber ohne weiteres, wenn man die Arzneiform der Pflaster auf ihre Zweckbestimmung hin betrachtet. Danach hätte man zu unterscheiden zwischen Pflastern, bei denen das Kleben Endzweck ist, und Pflastern, bei denen Kleben nur Mittel zum Zweck ist, und zwar zu dem Zweck, bestimmte Arzneistoffe — als deren Träger das Pflaster dient — auf der Haut zur Wirkung zu bringen. Hieraus ergibt sich die Einteilung in zwei scharf umschriebene Gruppen: die Heftpflaster und die Heilpflaster.

Wenn man die Heftpflaster nach ihrer Zusammensetzung einteilen will, unterscheidet man zwei Arten von Mischungen, die durch verschiedene Zusätze auf eine bestimmte Klebkraft abgestimmt sind:

1) aus Bleipflaster bereitete, mit Zusätzen von Fetten, Harzen, Balsamen, Wachsen oder einzelnen dieser Stoffe,
2) aus Kautschuk bereitete, mit Zusätzen von Harzen und Fetten und mit einem Gehalt entweder von Pflanzenpulvern oder von anorganischen Pulvern.

Bis zum Ende der 70er Jahre kannte man nur die mit Bleipflaster bereiteten Heftpflaster, die den gesteigerten Ansprüchen der heutigen Chirurgen zwar nicht mehr genügen, für die aber trotzdem auch heute noch in den meisten Arzneibüchern die Bereitungsvorschriften angegeben sind. Die Zusammensetzuung dieser Pflaster schwankt, wie nachstehende Tabelle zeigt, je nachdem man auf die Klebkraft oder Haltbarkeit oder Reizlosigkeit Wert legt:

	Ph. Brit. 1898		Ph. Germ. II.		Ph. Germ. III. 1891		D. A. B. V. 1910		Ph. Svec. 1910 VIII		Desgl. f. gestr. Pflaster	
		%		%		%		%		%		%
Empl. Lithargyri	800	84,0	500	77.0	100	76,35	100	76,35	8	80,0	70	72,2
Cera flava	—	—	50	7,5	10	7,63	10	7,63	—	—	7	7,2
Resina Dammar	—	—	50	7,5	10	7,63	10	7,63	—	—	—	—
Colophonium	100	10,5	50	7,5	10	7.63	10	7,63	2	20,0	20	20.6
Terebinthina	—		5	0,6	1	0,76	1	0,76	—	—	—	—
Pix burgundicae			—	—	—			—	—	—	—	—
Elemi	—	—	—		—		—		—	—	—	
Terebinth. laricina	—	—		—	—	—	—	—		—	—	—
Adeps lanae	—	—		—			—	—	—		—	
Sapo medic.	50	5,5	—	—	—	—			—	—	—	—
		100%		100%		100%		100%		100%		100%

	Ph. Ital. III. 1909		Ph. Helv. IV. 1907		Ph. Belg. III. 1906		Ph. Austr. VIII. 1906	
		%		%		%		%
Empl. Lithargyri.	40	80,0	80	80,0	100	66,6	800	84,0
Cera flava . . .	3	6,0	5	5,0	10	6,6	—	—
Resina Dammar .	—	—	—	—	10	6,6	—	—
Colophonium . .	—	—	—	—	10	6,6	100	10,5
Terebinthina . .	—	—	5	5,0	10	6,6	—	—
Pix Burgundicae.	7	14,0	—	—	—	—	—	—
Elemi	—	—	5	5,0	—	—	—	—
Terebinth. laricina	—	—	5	5,0	—	—	—	—
Adeps lanae . .	—	—	—	—	10	6,6	—	—
Sapo med. . . .	—	—	—	—	—	—	50	5,5
		100 %		100 %		100 %		100 %

Ende der 70er Jahre kamen von den Vereinigten Staaten von Nordamerika die Kautschukpflaster in den Handel, d. h. Pflaster, die als wesentlichen Bestandteil für die Klebkraft Kautschuk enthielten. Unter diesen hat das Kautschuk-Heftpflaster — also dasjenige, bei dem das Kleben Endzweck ist — wegen seiner bequemen Anwendung, vorzüglichen Haltbarkeit und von Wärmeunterschieden wenig beeinflusten Klebkraft am meisten zur schnellen Einführung der neuen Art beigetragen.

Die Zusammensetzung und Herstellung der Kautschukpflaster wurden von den Erfindern als Geheimnis bewahrt, um sich den Alleinverkauf zu sichern, so daß beinahe zwanzig Jahre vergingen, ehe man durch planmäßige Untersuchungen und Versuche auch in Europa brauchbare Kautschuk-Pflaster herstellen lernte.

Da ihre Herstellung besondere Erfahrungen und Einrichtungen voraussetzt, so können sie mit Erfolg nur im Großen — also fabrikmäßig — hergestellt werden.

Nachdem sich die Kautschuk-Pflaster — insbesondere das Kautschuk-Heftpflaster — eingeführt und in dem Arzneischatz Bürgerrecht erworben hatten, wurden sie auch in die Arzneibücher aufgenommen. Die Fabriken arbeiteten aber trotzdem nach ihren alten bewährten Vorschriften weiter, die sie schon aus Gründen des Wettbewerbs nicht preisgaben, weil die ersten Vorschriften, die in den Arzneibüchern — also auch im D. A. B. IV. von 1900 — Aufnahme gefunden haben, sich durchaus nicht bewährten. Die Fehler dieser — in der nachstehenden Tabelle zusammengestellten — Vorschriften besteht darin, daß man — in Unkenntnis der besonderen Eigenschaften des Kautschuks — und ohne sich auf irgendwelche Untersuchungen im Handel befindlicher Kautschuk-Pflaster zu stützen — einfach durch einen Zusatz von Kautschuk zu einem mit Bleipflaster bereiteten Heftpflaster der alten Art versucht hatte, Kautschuk-Heftpflaster herzustellen.

	D. A. B. IV.		Pharm. Belgica III. 1906		Pharm. Nederl. IV. 1905	
		%		%		%
Empl. Plumbi . . .	400	40,0	35	35,0	70	70,0
Paraff. solid. . . .	25	2,5	—	—	—	—
Paraff. liquid. . . .	25	2,5	—	—	—	—
Colophon	350	35,0	—	—	—	—
Kautschuk	100	10,0	25	25,0	10	10,0
Dammar	100	10,0	—	—	—	—
Adeps lanae	—	—	—	—	20	20,0
Cera alba	—	—	5	5,0	—	—
Terebinthina	—	—	20	20,0	—	—
Balsam. copaivae . .	—	—	10	10,0	—	—
Olei Terebinth. . . .	—	—	5	5,0	—	—
	1000	100%	100	100%	100	100%

Das sogenannte Kautschuk-Heftpflaster des D. A. B. IV. klebt wie Fliegenleim, wenn es frisch bereitet ist; es verliert aber seine Klebkraft beim Aufbewahren schon in wenigen Wochen und wird dann trocken, brüchig und spröde wie Glas; es ist dann trotz aller Kunstgriffe nicht mehr zu verwenden[1]).

Dieses Kautschuk-Heftpflaster ist deswegen auch niemals in Aufnahme gekommen: man hat während der Geltungsdauer des D. A. B. IV. alle anderen Arten von Heftpflastern hergestellt und verwendet, nur nicht das nach der Vorschrift des D. A. B. IV. In den neueren Arzneibüchern — auch im D. A. B. V. von 1910 — hat man sich die schlechten Erfahrungen mit den Vorschriften in den früheren Ausgaben und in den anderen Ländern zunutze gemacht und verbesserte Vorschriften aufgenommen, die allerdings auch noch untereinander ganz bedeutende Unterschiede anfweisen, wie die nachfolgende Tabelle zeigt.

	D. A. B. V.		Tabl. III D. A. B. V.		Ph. Franc. 1908		Ph. Austr. VIII. 1906		Ph. Hung. III. 1909		Ph. Hung. III. 1909	
		%		%		%		%		%		%
Adeps lanae . .	67	53,6	268	46,92	240	19,25	2	5,18	15	13,79	87	28,55
Bals. Copaivae .	8	6,4	32	5,61	—	—	4	10,36	—	—	—	—
Kautschuk . .	25	20,0	100	17,81	40	4,92	10	25,91	30	26,79	30	9,84
Rhiz. Iris. pulv. .	25	20,0	55	9,73	—	—	9	22,31	21	12,75	21	6,87
Zinkoxyd . . .	—	—	114	20,25	—	—	—	—	—	—	122	39,95
Dammar . . .	—	—	—	—	100	12,13	—	—	—	—	—	—
Vaselinöl . . .	—		—		80	9,82	—	—	—	—	—	—
Cera alba . . .	—			—	320	38,95	—	—	—	—	—	—
Olei Terebinth. .	—	—	—	—	40	4,92		—		—	—	—
Ol. Resin. empyr.	—		—	—	—	—	6	15,56	—	—	—	—
Colophon . . .	—	—	—	—	—	—	4	10,36	45	40,18	45	14,79
Cera flava . . .	—	—		—	—	—	2	5,16	—	—	—	—
Res. Sandarac. .	—		—	—	—	—	2	5,16	11	0,89	—	—
Acid. salicylic. .		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		100%		100%		100%		100%		100%		100%

Die großen Unterschiede in den Vorschriften der drei Tabellen sind genügende Beweise dafür, daß für die Erklärung des Begriffes „Heftpflaster" ausschließlich der Verwendungszweck und niemals die Zusammensetzung maßgebend sein kann.

[1]) Berichte der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft; 1900, Bd. 9. Pharmazeutische Zeitung; 1901, Nr. 11, 25, 27, 30, 32, 81, 84. Helfenberger Annalen; S. 257 bis 260.

Man darf als „Heftpflaster“ also nicht nur dasjenige anerkennen, das nach der Vorschrift des Arzneibuches hergestellt ist, denn sonst käme man zu dem Schluß, daß es in Deutschland während der Geltungsdauer des D. A. B. IV. überhaupt kein Heftpflaster gegeben hat — und zu einigen merkwürdigen Schlüssen mehr, z. B., daß auch jedes nach einem außerdeutschen Arzneibuch hergestellte Heftpflaster in Deutschland nicht als Heftpflaster anzusehen sei!

Die Kautschuk-Heftpflaster in der Art, wie sie ursprünglich von Amerika aus bekannt wurden, hatten den Nachteil, daß sie auf empfindliche Haut leicht Reizerscheinungen hervorriefen. Dadurch wurde ihr Anwendungsgebiet immer etwas beschränkt. Diese Tatsache gab der deutschen Industrie die Anregung, das Kautschuk-Heftpflaster dahin zu verbessern, daß es auch bei längerer Berührung mit der Haut — die sich bei manchen Verbänden über Tage und Wochen erstreckt — keine Einwirkung, vor allem keine Reizung ausübt. Beim Leukoplast geschieht dies durch einen Zusatz von Zinkoxyd. Zinkoxyd hat vor den sonst verwendeten Pflanzenpulvern noch den Vorzug, die Entwicklung von Schimmelpilzen und anderen Keimen auf dem Pflaster auszuschließen, also unmittelbar zur besseren Haltbarkeit der Pflaster beizutragen. Auch das D. A. B. V. und die Pharm. Hung. III. haben außer dem Kautschuk-Heftpflaster der ursprünglichen Art ein Kautschuk-Heftpflaster mit Zinkoxyd aufgenommen, weil inzwischen die Erfahrung Allgemeingut geworden zu sein scheint, daß Zinkoxyd als Zusatz zu den harzhaltigen Kautschuk-Pflastern reizhemmend wirkt. Die Annahme, daß mit dem Zusatz von Zinkoxyd eine Heilwirkung überhaupt beabsichtigt sein könnte, scheidet aus, weil der Verwendungszweck eines Heftpflasters eine direkte Heilwirkung ausschließt. Daß diese irrige Annahme überhaupt ausgesprochen wurde, ist nur so zu erklären, daß das Zinkoxyd — allerdings in anderen Arzneiformen, z. B. Salben — auch als Heilmittel angewendet wird.

Hiermit habe ich den pharmazeutischen Teil meiner Ausführungen erschöpft und ich komme nun auf die zweite Frage: Was ist Heftpflaster im Sinne der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901?

Die Verordnung betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln vom 22. Oktober 1901 bestimmt in

„§ 1. Die in dem angeschlossenen Verzeichnis A aufgeführten Zubereitungen dürfen, ohne Unterschied, ob sie heilkräftige Stoffe enthalten oder nicht, als Heilmittel (Mittel zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten bei Menschen oder Tieren) außerhalb der Apotheken nicht feilgehalten werden.“

Das Verzeichnis A lautet unter Nr. 10.

„Pflaster und Salben (Emplastra et unguenta) ausgenommen: Pechpflaster, dessen Masse lediglich aus Pech, Wachs, Terpenthin und Fett oder einzelnen dieser Stoffe besteht,
Englisches Pflaster,
Heftpflaster.“

Ich nehme Leukoplast aus mehreren Gründen als Muster-

beispiel: Einmal bin ich von Leukoplast ausgegangen, zweitens bietet es wegen seiner Zusammensetzung (Kautschuk, Zinkoxyd etc.) Gelegenheit, eine Anzahl von Rechtsfragen aufzuwerfen und damit den Gegenstand zu erschöpfen; schließlich liegen mir über Leukoplast eine Anzahl Entscheidungen vor, die ich mit benutze. Meine Ausführungen gelten natürlich auch für jedes andere Heftpflaster, wie meine Schlußfolgerung zeigt.

Die Sachverständigen, die gegen die Anerkennung von Leukoplast als Heftpflaster im Sinne der Kaiserlichen Verordnung waren, begründeten ihre Ansicht vor dem Gericht wie folgt:

a) Leukoplast sei ein Zinkpflaster; nach der Kaiserlichen Verordnung sei wohl Heftpflaster, Pechpflaster und Englisches Pflaster freigegeben, nicht aber Zinkpflaster.

b) Unter Heftpflaster im Sinne der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 sei nur Emplastrum adhaesivum gemeint; alle anderen wären zusammengesetzte Pflaster.

a. Hiernach müßten Zinkpflaster und Heftpflaster begrifflich von einander getrennt werden. Das ist aber falsch; denn „Heftpflaster“ ist ein Sammel- und Gattungsname und kennzeichnet die Pflaster nach der Zweckbestimmung (Pflaster zum Heften), ohne irgendwie auf die Zusammensetzung hinzuweisen. Zinkpflaster ist die Kennzeichnung eines Pflasters nach einem Bestandteil (Zink), ohne die Zweckbestimmung der Zubereitung zu berücksichtigen.

Das Oberlandesgericht in Celle hat in seinem Urteil vom 13. November 1905 (abgedruckt in Goltdammers Archiv: Bd. 57, S. 239) folgendes ausgeführt:

„Was den Begriff des Heftpflasters anlangt, so versteht das Gesetz unter dieser Bezeichnung nicht nur das gestrichene Heftpflaster. Das folgt aus dem Umstande, daß eine solche Beschränkung in der Verordnung vor dem Inkrafttreten der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Januar 1890 ausgesprochen war, aber in der gegenwärtig giltigen Verordnung fortgelassen ist. Daß es auch darauf nicht ankommen kann, ob das Pflaster nur die im D. A. B. vorgesehenen Bestandteile enthält, ergibt sich daraus, daß in der Kaiserlichen Verordnung nirgends auf das D. A. B. Bezug genommen ist und daß ein großer Teil der in der Verordnung genannten Arzneimittel garnicht im Arzneibuch vorkommt. Endlich darf der Begriff des Heftpflasters auch nicht dahin beschränkt werden, daß solche Pflaster darunter fallen, die lediglich zum mechanischen Verschluß der Wunden bestimmt sind und keine Heilsubstanzen enthalten, denn in § 1 der Verordnung ist bestimmt, daß bestimmte Zubereitungen als Heilmittel nur in den Apotheken feilgehalten werden dürfen, ohne Unterschied, ob sie heilkräftige Stoffe enthalten oder nicht. Wenn nun von dieser Vorschrift die Heftpflaster schlechtweg ausgenommen worden sind, so sind sie bei richtiger Auslegung auch für den Fall ausgenommen, daß sie heilkräftige Stoffe enthalten. Für diese Auslegung des Gesetzes spricht auch der Umstand, daß das D. A. B. bleihaltige Pflaster aufführt.“

Den gleichen Standpunkt nimmt das Oberlandesgericht Stettin in seinem Urteil (abgedruckt in Goltdammers Archiv: Bd. 43, S. 267) ein:

„Unter Heftpflaster ist jedes Pflaster zu verstehen, das dazu dient, Verbandmittel zu befestigen, die von selbst nicht an der Haut und an dem Körper haften, um die Wundflächen gegen äußere Einflüsse zu schützen.“

Das Urteil des Oberlandesgericht Stettin, übertragen auf Leukoplast, würde folgende Begründung haben:

„In § 1 der Kaiserlichen Verordnung ist bestimmt, daß die im Verzeichnis A aufgeführten Zubereitungen als Heilmittel nur in Apotheken feilgehalten werden dürfen, ohne Unterschied, ob sie heilkräftige Stoffe enthalten oder nicht. Wenn nun von dieser Vorschrift Heftpflaster schlechtweg ausgenommen werden, so sind sie bei richtiger Auslegung auch für den Fall ausgenommen, daß sie heilkräftige Stoffe enthalten und als Heilmittel feilgehalten werden (beides ist bei Leukoplast garnicht der Fall). Diese Folgerung erscheint umsoweniger bedenklich, als bei Erlaß der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 in Deutschland schon Zubereitungen unter dem Namen „Heftpflaster“ bekannt waren, die heilkräftige Stoffe (Zinkoxyd) enthielten. Wenn also der Gesetzgeber Heftpflaster mit heilkräftigen Stoffen von der Verkehrsbeschränkung nicht hätte ausnehmen wollen, so hätte alle Veranlassung vorgelegen, dies unzweideutig und bestimmt zum Ausdruck zu bringen.“

Die Ansicht, daß Leukoplast einen heilkräftigen Stoff, nämlich Zinkoxyd, enthält, kann man an sich gelten lassen, man muß aber beachten, daß Heftpflaster irgend eine Eigenwirkung auf die Haut nicht entfalten, sondern ausschließlich dazu dienen, um Verbände — die von selbst nicht an der Haut oder den Körper haften — zu befestigen und den Erfolg anderer — vorher getroffener Maßnahmen — zu sichern. Sie dienen diesem Zweck ohne Rücksicht auf ihre Zusammensetzung und die Unterlage, auf die sie gestrichen sind. Zur Erfüllung ihres Zweckes brauchen sie mit der verletzten Haut nicht unmittelbar in Berührung zu kommen.

Denselben Standpunkt nahm die Strafkammer zu Verden in ihrer Urteilsbegründung vom 2. Oktober 1907 ein:

„Die Annahme des Vorderrichters, daß die Verordnung mit dem Ausdruck „Heftpflaster“ nicht einen Sammel- oder Gattungsbegriff habe aufstellen wollen, sondern nur solche Produkte habe bezeichnen wollen, die den im D. A. B. für Heftpflaster gegebenen Vorschriften entsprächen, erscheint nicht gerechtfertigt; denn sonst würde die lediglich den Verkehr außerhalb der Apotheken regelnde Verordnung zweifellos eine Beziehung auf das nur für Apotheker bestimmte Arzneibuch enthalten. Das Amtsgericht macht insbesondere auch für seine Ansicht geltend, daß unter Nr. 10 des Verzeichnisses A unter den Ausnahmen neben Heftpflaster noch Pechpflaster und Englisches Pflaster besonders genannt sind, was sicherlich nicht geschehen wäre, wenn das Wort „Heftpflaster“ als Sammelname gebraucht wäre. Dieses würde aber nur dann zutreffend sein, wenn die beiden genannten Pflaster überhaupt unter dem Begriff „Heftpflaster“ verstanden werden könnten. Davon geht auch das Amtsgericht aus, indeß nach Ansicht des Berufungsgerichtes zu Unrecht. Heftpflaster ist ein Pflaster, das zum Heften — meist von Verbandsmitteln — dient. Pechpflaster verfolgt wegen seiner Zusammensetzung ganz andere Zwecke, insbesondere soll es einen Reiz auf die Haut ausüben. Englisches Pflaster dient vornehmlich als Schutzmittel für die Haut. Letztere fallen demnach nicht unter den allgemeinen Begriff. Damit entfällt der vom Amtsgericht für die von ihm vertretene Auffassung des Wortes „Heftpflaster“ in der Kaiserlichen Verordnung besonders angeführte Grund. Gegen diese Auffassung spricht insbesondere noch der Umstand, daß Pechpflaster nur in einer bestimmten Zusammensetzung hätte ausgenommen werden sollen. Nach alledem muß davon ausgegangen werden, daß die Kaiserliche Verordnung das Wort „Heftpflaster“ als Sammelname gebraucht hat und alle Pflaster darunter begreift, die nach der Art ihrer Zusammensetzung im wesentlichen den Zweck der Anheftung verfolgen. Es fragt sich deshalb nur, ob Leukoplast als Heftpflaster in diesem Sinne anzusehen ist. Diese Frage ist mit dem Sachverständigen zu bejahen. Leukoplast ist ein weißes Kautschukpflaster, das zum Heften dient. Durch den Zusatz von Zinkoxyd zur Klebmasse verliert es nicht die Eigenschaft als Heftpflaster.

Zinkoxyd hat nicht etwa den Zweck, eine besondere Heilwirkung auszuüben. Wäre dies der Fall, so würde man allerdings nicht von einem Heftpflaster sprechen können. Zinkoxyd ist vielmehr nur zugesetzt, um die Klebekraft des Kautschuks und seine Haltbarkeit zu erhöhen (hieße wohl besser nicht „erhöhen", sondern „umzustimmen"). Ferner soll es zur Vermeidung des Hautreizes dienen. Auch in letzterer Eigenschaft kann der Zweck, eine besondere Heilwirkung auszuüben, nicht gefunden werden."

Alle diese gerichtlichen Erkenntnisse kommen übereinstimmend zu dem Schluß, daß der Begriff „Heftpflaster" in der Kaiserlichen Verordnung mit dem D. A. B. nichts zu tun hat und daß unter Heftpflaster nicht allein das Präparat des D. A. B. gemeint ist.

b. Der Einwand, daß Leukoplast ein „zusammengesetztes" Pflaster ist, entbehrt jeglicher Grundlage.

Zusammengesetzt ist jedes Pflaster — auch das Heftpflaster des D. A. B. — aus verschiedenen Einzelbestandteilen. Das Arzneibuch gebraucht aber nur einmal die Bezeichnung Emplastrum litharg. compositum für Gummipflaster zur Unterscheidung von Emplastrum Lithargyri, dem Bleipflaster. Jenes Pflaster müßte demnach zusammengesetztes Bleipflaster heißen (wie Tinctura chinae — China-Tinktur, Tinctura chinae composita — zusammengesetzte China-Tinktur heißt), es heißt aber Gummipflaster und wird aus Bleipflaster bereitet. Wenn nun — ähnlich dem Emplastrum Lithargyri compositum — Leukoplast ein zusammengesetztes Pflaster oder ein zusammengesetztes Zinkpflaster wäre, so müßte — entsprechend dem Emplastrum Lithargyri ein anderes einfaches Pflaster für das Leukoplast zur Herstellung vorgelegen haben, aus dem Leukoplast hervorgegangen ist. Welches ist nun das einfache Pflaster?

Für die Auslegung der Begriffe der Kaiserlichen Verordnung sind die Zubereitungsvorschriften des D. A. B. nicht heranzuziehen. Das Kammergericht sagt in einem Urteil vom 14. Mai 1899:

„Der Vorderrichter nimmt an, die nach der Kaiserlichen Verordnung dem freien Verkehr überlassenen Arzneien seien nur unter der Bedingung dem freien Verkehr überlassen, daß ihre Zubereitung den Vorschriften des D. A. B. entspräche. Dieses ist schon deshalb unrichtig, weil ein großer Teil der in der Kaiserlichen Verordnung freigegebenen Arzneimittel überhaupt in dem D. A. B. nicht vorkommt, zum Beispiel Fenchel-Honig, Salmiak-Pastillen usw. (auch für Pechpflaster und Englisches Plaster ist im D. A. B. keine Bereitungsvorschrift aufgenommen), dann aber auch deshalb, weil die lediglich den Handel außerhalb der Apotheken regelnde Kaiserliche Verordnung weder ausdrücklich noch stillschweigend irgendeine Beziehung auf das nur für Apotheker bestimmte D. A. B. enthält. Die Verordnung kann daher bei der Freigabe dieses Mittels nicht die Beachtung der Bestimmungen des Arzneibuches vorausgesetzt haben."

Ebenso spricht sich das Kammergerichtsurteil vom 27. April 1898 dahin aus, daß die in der Kaiserlichen Verordnung genannten Zubereitungen nur als Sammelnamen (Kollektivbegriffe) aufzufassen sind. Denselben Standpunkt wie das Kammergericht nehmen auch die maßgebenden wissenschaftlichen Schriften über die Kaiserliche Verordnung ein. Insbesondere ist zu verweisen auf

Dr. Springfeld: Handhabung der Gesundheitsgesetze in Preußen; Band I, Seite 8, 33 ff.

Dr. Nesemann: Der Verkehr mit Arzneimitteln und Giften außerhalb der Apotheken; Seite 29, 3.

Sonnenfeld: Drogistengesetze in der Guttentagschen Sammlung: Nr. 64, Ausgabe 1912, Seite 135, Nr. 51.

Das D. A. B. ist zu dem Zweck herausgegeben, gleichartige Vorschriften für die Prüfung und Darstellung der gebräuchlichsten Arzneistoffe und pharmazeutischen Zubereitungen aufzustellen. Die dazu erforderlichen Vorschriften sind maßgebend für den Apotheker, wenn er eine Zubereitung selbst herstellen will, oder wenn er eine verkaufsfertig gekaufte Zubereitung oder eine im Arzneibuch aufgeführte gekaufte Droge oder andere Ware auf ihre Eigenschaften oder ihre Reinheit prüfen will. Die Begriffsbestimmungen des D. A. B. richten sich daher lediglich nach der Eigenart der Zubereitungen und betreffen die Rohstoffe, die Herstellungsverfahren und die Zusammensetzung; sie bezwecken lediglich, die Reinheit und die Brauchbarkeit und gleichmäßige Zusammensetzung der Zubereitung innerhalb des Deutschen Reiches als Heilmittel zu gewährleisten. Ganz anders steht es mit der Kaiserlichen Verordnung; sie begreift ihrer Bestimmung entsprechend die Zubereitungen der verschiedenen Herstellungsarten und Zusammensetzungen nach dem Zweck, der Anwendungsart, der Form, dem Ursprung der Rohstoffe usw. unter Sammelbenennungen, wie Riechsalze, Lippenpomade und ähnliches. Selbst wo die Kaiserliche Verordnung die Zubereitungen ausdrücklich nennt, wählt sie für diese eine andere Bezeichnung als das Arzneibuch. Dieses kann eben die wissenschaftliche Sprache sprechen, da es ausdrücklich für Apotheker bestimmt ist; die Kaiserliche Verordnung wendet sich aber an Kaufleute ohne pharmazeutische Vorbildung, die also gar nicht verpflichtet sind, das Arzneibuch zu verstehen; es paßt sich daher den Kenntnissen und der Sprache dieser Kreise an.

Aus diesen Erwägungen ergibt sich, daß das D. A. B. zur Auslegung der Kaiserlichen Verordnung nicht herangezogen werden kann; es handelt sich bei der Kaiserlichen Verordnung um Gattungsbegriffe, die durch die Anschauungen des Handels und der Wissenschaft festgelegt sind.

Zur Bereitung von „Heftpflastern im Sinne der Kaiserlichen Verordnung“ können demnach alle Stoffe verwendet werden — sofern sie nicht an sich gesetzlich ausgeschlossen sind — welche durch die Erhöhung der Klebkraft, Haltbarkeit der Klebemasse, Minderung der Hautreizung usw. die mechanische Wirkung des Heftpflasters ermöglichen und fördern.

Aus den vorstehend ausführlich begründeten Ueberlegungen bin ich zu dem Gutachten gekommen, daß Leukoplast trotz seines Gehaltes an Zinkoxyd als Heftpflaster im Sinne

der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 § 1, Verzeichnis A Nr. 10 anzusehen ist, und daß es somit der Verkehrsbeschränkung nicht unterliegt.

Ein Beitrag zur Indikationsstellung zur inneren Untersuchung bei Leitung von Geburten durch Hebammen.

Von Kreisarzt Dr. **Schultz-Schultzenstein** in Freienwalde (Reg.-Bez. Potsdam).

Bei den Bestrebungen zur Verhütung des Kindbettfiebers hat man sich schon seit vielen Jahren bemüht, eine Verminderung der inneren Untersuchungen Schwangerer und Gebärender herbeizuführen. Dieses Bestreben ist im Hebammenlehrbuch vom Jahre 1904 und 1905 unverkennbar, jedoch glaube ich, daß einige Erörterungen, die darauf abzielen, die Indikationsstellung zur inneren Untersuchung durch Hebammen noch mehr einzuschränken, als bisher, vielleicht einer Berücksichtigung wert sind.

Jemehr die äußere Untersuchung der Gebärenden beim Hebammen-Unterricht in den Vordergrund tritt, und jemehr diese Untersuchung auch in ihren Einzelheiten im Unterricht fleißig gelehrt wird, jemehr man aber vor allem die Schülerinnen lehrt, die richtigen Schlüsse aus den Ergebnissen der wiederholt vorzunehmenden äußeren Untersuchungen zu ziehen, insbesondere über den Fortgang oder Stillstand der Geburt, jemehr ferner die Hebammen angehalten werden, dauernd die kindlichen Herztöne zu überwachen, desto mehr wird die innere Untersuchung im allgemeinen eingeschränkt werden können.

Im besonderen halte ich es aber, von dem Gedanken ausgehend, daß jegliche ärztliche Untersuchung stets von einer vorher richtig gestellten Indikation abhängig gemacht werden muß, nicht für unwichtig, einmal eine Erörterung darüber vorzunehmen, welche Indikationsstellung das Preußische Hebammenlehrbuch für die jedesmal angeordnete Vornahme der inneren Untersuchung gewählt hat.

Im § 142 des Lehrbuchs werden die Zwecke der Untersuchung einer Schwangeren durch die Hebamme dargelegt: 1. Feststellung darüber, ob Schwangerschaft vorliegt, 2. Feststellung der Lage und 3. des Lebens des Kindes, 4. Ermittelung, ob die Untersuchte Erst- oder Mehrgebärende ist, 5. Ermittelung des Termins der Niederkunft. — Ich glaube, daß fast alle diese Feststellungen ausschließlich auf Grund der äußeren Untersuchung gemacht werden können, mit Ausnahme der sicheren Beantwortung der Frage 4, die aber nur ein mehr forensisches Interesse hat. Man wird bei der Untersuchung von Schwangeren im Sinne des § 142 des Hebammen-Lehrbuches daher vielleicht ganz auf die innere Untersuchung verzichten können. Das Ausschlaggebende bei Feststellung der Schwangerschaft durch die Hebamme wird die Ermittelung sein müssen, ob kindliche Herztöne deutlich gehört, kleine und große Kinds-

teile und Kindsbewegungen deutlich wahrgenommen sind oder nicht. Den Zeitpunkt der Niederkunft wird die Hebamme auf Grund der inneren Untersuchung nicht sicherer ermitteln können, wie durch die äußere Untersuchung. Die weinhefe-bläuliche Verfärbung der Scheide ist ohne eine innerliche Untersuchung zu ermitteln, ebenso, wie alte Dammrisse und dergleichen.

Wenn nun auch die Infektionsgefahr bei der inneren Untersuchung einer Schwangeren nicht eine so bedeutende ist, als bei der Untersuchung einer Gebärenden, so besteht doch immerhin die Möglichkeit, z. B. durch kleine Einrisse in die Schleimhaut, eine Infektion herbeizuführen. Eine dringend notwendige Indikation zur inneren Untersuchung für die fraglichen Zwecke liegt, so weit ich sehe, nicht vor. Etwaige pathologische Befunde im Bau des Beckens, Krankheiten u. a. m. wird die Hebamme ihrer ganzen Ausbildung nach nicht mit Sicherheit ermitteln können; solche Feststellungen zu machen, ist der Hebamme durch § 142 auch nicht vorgeschrieben.

Es will mir aber fernerhin auch nicht ganz ohne Bedenken erscheinen, daß im § 198 grundsätzlich angeordnet ist, daß jeder ersten äußeren Untersuchung einer Gebärenden eine innere Untersuchnng zu folgen hat. Es gibt eine ganze Reihe von Fällen, bei denen die Hebamme auf Grund des Ergebnisses der äußeren Untersuchung zunächst auf eine innere Untersuchung verzichten kann. Ich denke an Fälle, wo die Hebamme die Geburt so weit fortgeschritten findet, daß der Kopf tief in das kleine Becken eingetreten ist und die Wehentätigkeit und die Herztöne des Kindes nichts zu wünschen übrig lassen. In solchen Fällen ersehe ich keine Indikation zur inneren Untersuchung. Wenn anderseits das Vorwasser noch nicht abgeflossen ist, der Kopf noch beweglich oder fest auf dem Beckeneingang steht, und kindliche Herztöne und Wehen gut sind, vermag ich gleichfalls keine Indikation zur inneren Untersuchung zu ersehen. In solchen Fällen bleibt zunächst unter ständiger Beobachtung der Herztöne des Kindes abzuwarten, ob der Kopf eintritt oder nicht; dies ganz besonders bei Mehrgebärenden, deren frühere Entbindungen glatt verliefen. Dabei wird verhütet, daß ein etwaiger vorzeitiger Blasensprung durch die Untersuchung hervorgerufen wird, der der Untersuchung zur Last gelegt werden kann. Es bleibt aber auch zu bedenken, daß die Mehrzahl der Hebammen bei noch nicht ausreichend erweitertem Muttermund und stehender Blase überhaupt nicht in der Lage sein wird, die Nähte und Fontanellen mit Sicherheit zu fühlen. Wenn nun die Blase rechtzeitig gesprungen ist, so steht der Kopf fast regelmäßig so tief, daß dann ein wesentlicher Vorteil von der inneren Untersuchung bei guten kindlichen Herztönen kaum zu erwarten steht, wenn nicht ein Stillstand im Fortgang der Geburt eingetreten sein sollte. Der Tiefstand des kindlichen Kopfes kann durch äußere Untersuchung ermittelt werden.

Ein durch äußere Untersuchung einwandfrei ermittelte Querlage, zumal bei noch nicht gesprungener Blase, gibt

m. E. ebenfalls absolut keine Indikation zur inneren Untersuchung und wäre zur Schonung der Blase wohl besser zu unterlassen, um für die ärztlicherseits auszuführende Wendung das Fruchtwasser möglichst nicht abfließen zu lassen. — Bei zweifellos durch äußere Untersuchung ermittelter Steißlage scheint mir — bei guten kindlichen Herztönen — eine innerliche Untersuchung, zumal bei noch stehender Blase, gleichfalls nicht erforderlich zu sein.

Hiernach glaube ich, daß es eine ganze Reihe von Fällen gibt, bei denen zur Vornahme der inneren Untersuchung in unmittelbarem Anschluß an die erste äußere Untersuchung für die Hebamme eine dringende Indikation nicht besteht. Jede nicht dringend gebotene innere Untersuchung sollte aber möglichst vermieden werden.

Der Gedanke, daß die regelmäßige innere Untersuchung unmittelbar nach der ersten äußeren Untersuchung, wie sie im § 198 des jetzigen Hebammen-Lehrbuches vorgeschrieben ist, in mehrfacher Beziehung eingeschränkt werden kann, dürfte um so leichter durchführbar sein, je mehr die äußere Untersuchung mit allen ihren Einzelheiten, besonders hinsichtlich der Ergebnisse der einzelnen aufeinanderfolgenden äußeren Untersuchungen über den Fortgang der Geburt und die Beobachtung der kindlichen Herztöne ein immer eingehender zu lehrender Unterrichtsgegenstand für die Schülerinnen wird.

Wenn es den Hebammen auch nicht immer gelingen wird, durch die äußere Untersuchung schwieriger zu ermittelnde Abweichungen, wie z. B. Gesichtslagen oder hintere Scheitelbein-Einstellung zu erkennen, so könnten doch vielleicht die bei der äußeren Untersuchung in solchen Fällen zu erwartenden Befunde in der in Aussicht stehenden Neuauflage des Hebammenlehrbuchs Erwähnung finden.

Der § 201 des jetzigen Lehrbuches bestimmt, daß die äußere Untersuchung öfter zu wiederholen ist. Dabei dürfte ein, wenn auch kurzer Hinweis auf das, was bei der Wiederholung der äußeren Untersuchung beobachtet werden soll, nicht unangebracht sein. Ich meine, ein Hinweis darauf, daß das allmählige Tiefertreten des Kopfes und sein allmähliges Verschwinden sowie das Tiefertreten der Stelle, wo die Herztöne am deutlichsten gehört werden, bei den einzelnen Untersuchungen festzustellen ist. Dadurch würde der Hebamme das Verständnis für den Wert der äußeren Untersuchung erleichtert werden. Eine große Zahl von Hebammen bringt jetzt noch der äußeren Untersuchung recht wenig Verständnis entgegen.

Zweckmäßig würde es mir erscheinen, wenn im § 202 Abs. 2 des jetzigen Lehrbuches vor der zweiten inneren Untersuchung zunächst eine nochmalige äußere Untersuchung vorgeschrieben würde, die gegebenenfalls bei guten kindlichen Herztönen und nunmehriger sicherer Erkennung der Lage, besonders des Tiefertretens des vorliegenden Teils, die zweite innerliche Untersuchung vielleicht teilweise entbehrlich machen könnte.

Als Schüler Leopolds in Dresden habe ich die Ueberzeugung gewonnen, daß Aerzten und Hebammenschülerinnen eine erstaunliche Sicherheit in der äußeren Untersuchung und in der Beobachtung der kindlichen Herztöne anerzogen werden kann.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Röntgenologisches aus den Gerichtssälen. Von Prof. Dr. Levy-Dorn-Berlin. Aerztl. Sachverständigen-Zeitung; Nr. 5.

Verfasser teilt aus den ihm in den letzten Jahren von den Gerichten aufgegebenen Gutachten über Röntgenschäden einige wichtige Ergebnisse mit, die er näherer Beleuchtung unterzieht:

1. Häufig wird der Vorwurf erhoben, daß der Arzt seinen Patienten nicht vor der Untersuchung oder Behandlung mit Röntgenstrahlen auf die Gefahr der Verbrennung hingewiesen habe.

2. Für die Beurteilung einer Handlung ist nicht der heutige Standpunkt der Wissenschaft, sondern der zur Zeit der Handlung maßgebend.

3. Je genauer die Dosis der applizierten Röntgenstrahlen angegeben wird, desto sicherer läßt sich ein Urteil darüber fällen, ob eine etwa hervorgerufene Schädigung auf Verschulden des Röntgenologen beruht oder nicht.

4. Falls im Auftrage einer Unfall-Versicherungs-Gesellschaft oder ohne deren besonderen Auftrag vom Vertrauensarzt derselben mit Röntgenstrahlen untersucht wird und sich schädliche Folgen daran knüpfen, die nichts mit dem eigentlichen Unfall direkt zu tun haben, so muß die Unfall-Versicherungs-Gesellschaft dennoch vollständige Entschädigung hierfür leisten.

5. Falls im Auftrage eines Arztes ein Laie eine Röntgen-Untersuchung oder Bestrahlung vornimmt, so haftet für die schädlichen Folgen der Arzt.

Dr. Dörschlag-Bromberg.

Blutveränderungen bei den Fach-Röntgenologen. Von Ch. Aubertin. Aus dem Laboratorium des Prof. Pierre Marie der med. Fakultät, Paris, und des Dr. Vaquez im Hospital St. Antoine-Paris). Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII, 1912.

In Deutschland sind bei Röntgenologen 3 Fälle von lymphoider Leukaemie, in Frankreich 1 Fall von myelogener Leukaemie beobachtet worden. Diese Tatsache ist mit Rücksicht darauf von Bedeutung, als die Leukaemie eine seltene Erkrankung, aber auch die Zahl der Personen, die sich der Röntgenologie widmen, keine allzu große ist. Jagic, Schwarz und Liebenrock haben 1911 bei Röntgenärzten von Fach, die mehrere Jahre tätig waren, eine Verringerung der Leukozytenzahl im Blute sowie eine Verringerung der gekörnten, polynukleären und eosinophilen Zellen nachgewiesen. Auch der Verfasser untersuchte das Blut von 7 Radiologen von gutem Allgemeinbefinden und konnte nachweisen, daß es nicht absolut normal ist. Es wies indessen nur recht unbedeutende Abweichungen von der Norm auf, die sich auf zwei Schemata zurückführen lassen: einerseits Polynukleose und Eosinophilie, anderseits Mononukleose — oft ist auch die Zahl der Leukozyten verringert.

Schwach dosierte Röntgenstrahlen reizen übrigens das haematopoetische System; oft wiederholte minimale Reize könnten auf die Dauer eine stetige Ueberfunktion der blutbereitenden Zentren zur Folge haben.

Dr. Mayer-Simmern.

Die Strychninvergiftung vom gerichtsärztlichen Standpunkt. Von Dr. Schürmann-Buch bei Berlin. Friedreichs Blätter für gerichtl. Medizin und Sanitätspolizei; 61. Jahrgang, Heft 3—6.

Verfasser, der besonders die Ausscheidungsverhältnisse des Strychnins durch den Harn am Kaninchen studierte, kommt in seiner ausführlichen Abhandlung zu folgenden Schlüssen:

1. Der Sektionsbefund bei der Strychninvergiftung bietet nichts

Spezifisches; als sekundäre Erscheinung sind meist die Symptome der Erstickung vorhanden.

2. Zur Stellung der Leichendiagnose reicht der anatomisch-pathologische Befund nicht aus.

3. Der chemische und physiologische Nachweis des Giftes in der Leiche muß unbedingt geführt werden.

4. Die hierzu nötigen geringen Giftmengen müssen sich aus jeder Strychninleiche isolieren lassen.

5. Das Strychnin ist gegen Fäulnis sehr beständig und kann selbst nach Jahren aus faulenden Kadavern gewonnen werden.

6. Bei Exhumierungen ist auch die Umgebung der Leiche zu berücksichtigen, da Emigration des Giftes eintritt.

7. Verwechslungen mit anderen Erkrankungen können nicht vorkommen, wenn sowohl der chemische, als auch der physiologische Beweis mit Einschluß der krystallographischen und Geschmacksprüfung verlangt wird.

8. Es muß möglich sein, den aus der Leiche isolierten Giftrest vor Gericht vorzulegen.

9. Geht die Strychninvergiftung in Genesung aus, so ist besondere Aufmerksamkeit dem Urin, etwa Erbrochenem und dem durch Aderlaß gewonnenen Blute zu schenken. Rpd. jun.

Die Kokainvergiftung vom gerichtsärztlichen Standpunkt. Von Dr. Wildenrath-Lobberich. Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin und Sanitätspolizei; Jahrg. 62, Nr. 3.

Das Kokain gehört zu den gefährlichsten und unberechenbarsten Mitteln der Heilkunde; es kann in der Hand des Unkundigen und Unvorsichtigen von unheilvoller Wirkung sein. Zu verbrecherischen Zwecken wird es wegen seiner unsicheren Wirkung und der schweren Zugänglickeit kaum benutzt, dagegen kommen medizinale Vergiftungen sehr häufig vor. Der Nachweis des Kokains ist schwer und besonders der Nachweis schwierig, daß die Körperschädigung oder der Tod allein auf die Kokainwirkung zurückzuführen ist. Es wäre sehr zu begrüßen, wenn statt dieses unzuverlässigen Mittels ein vollwertiger Ersatz gefunden würde: die bis jetzt an seiner Stelle empfohlenen Arzneimittel können es aber nicht völlig ersetzen. Rpd. jun.

Stechapfelvergiftung mit anfänglich paralyseähnlichem Bilde. Von Dr. Scherwinzky-Dalldorf. Medizinische Klinik; 1812, Nr. 2.

Ein 11jähriger Knabe wurde in delirantem Zustand in die Anstalt eingeliefert. Die Sprache war lallend und verwaschen; die Pupillen waren weit und lichtstarr; der Patient war sehr erregt, stand offenbar unter dem Eindruck von Gesichtstäuschungen. Als am anderen Tage eine Untersuchung möglich war, fanden sich in der Hauptsache Pupillenstarre, leichte Sprachstörung, Störung der Merkfähigkeit, Hemmung und Aengstlichkeit. Die Symptome deuteten auf eine juvenile Paralyse hin; dann ergab aber die weitere Untersuchung, daß es sich um eine vollständige Akkomodationslähmung handelte, wodurch die Diagnose wieder zweifelhaft wurde, um so mehr, als die Mutter des Knaben erzählte, daß er in der Schule Stechäpfel gegessen hätte. Danach mußte es sich um eine Vergiftung mit Atropin und Hyoszyamin handeln, die im Stechapfel vorhanden sind. Der weitere Verlauf, der Rückgang sämtlicher Erscheinungen bestätigte auch diese Diagnose. Bei seiner Entlassung bestand nur noch eine Amnesie für die Vorgänge bei seiner Aufnahme; eine solche ist auch von anderen Autoren dabei beobachtet. Rpd. jun.

Schädliche Wirkungen des Kampfers. Von Dr. C. Happich, Oberarzt der Privatklinik Hohe Mark im Taunus. Münchener med. Wochenschrift: 1912, Nr. 12.

Verfasser möchte aus toxikologischen Erwägungen heraus die Aufmerksamkeit darauf lenken, welche Vorsicht bei Verwendung größerer Kampfermengen anzuwenden ist.

Im allgemeinen hat sich in den letzten Jahrzehnten die fälschliche Ansicht festgesetzt, der Kampfer sei unschädlich und könne in beliebiger Dosis gegeben werden; er habe auch keine Maximaldosis (Ziemssen). Anderseits geben

hervorragende Kliniker keinen Kampfer, weil sie öfters nach Injektionen Erregungszustände auftreten sahen. Auch Höhne, der zu intraperitonealer Einführung von Kampferöl anfangs 20—30 ccm einer 10proz., zuletzt bis zu 50 ccm einer 1proz. Lösung nahm, ging zu der 1proz. Lösung über, weil „der hohe Kampfergehalt bei anämischen und stark geschwächten Personen, wenn auch keine ernsten, so doch unangenehme Nebenerscheinungen, wie Ohnmachtsgefühl, Schweißausbruch und starke Pulsverlangsamung hervorrufen kann.“

Nach Schmieding und Horst verbindet sich hinsichtlich seines chemischen Verhaltens im Organismus der Kampfer mit Glukuronsäure zu Kamphoglukuronsäure, die größtenteils durch die Nieren ausgeschieden wird. Bei einem normalen Organismus werden die chemischen Verhältnisse wohl immer so beschaffen sein, daß genügend Glukuronsäure zur Bindung der üblichen Menge Kampfers vorhanden ist; im kranken Individuum können jedoch außerordentliche Veränderungen eintreten.

Verfasser kommt auf Grund seiner Untersuchungen und Experimente zu dem Schlusse, daß man gerade nicht bei jeder Kampferspritze ängstlich zu sein braucht. Der normale menschliche Organismus verträgt 10, auch wohl 20 Spritzen von 0,1 g pro Tag. Handelt es sich aber um Individuen, bei denen die Bildung einer der beiden Komponenten der zur Kampferunschädlichmachung nötigen Glukuronsäure verkümmert ist, also Traubenzucker oder Sauerstoff sehr beschränkt in ihrer Verwendungsmöglichkeit sind, so muß der gewissenhafte Arzt die zu gebende Dosis genau überlegen. Dies dürfte besonders der Fall sein bei ausgehungerten Patienten, gewissen Geisteskranken, Karzinomatösen, Typhusrekonvaleszenten, bestimmten Diabetikern, schwer dekompensierten Herzfehlern, auch unter Umständen bei doppelseitigen Pneumonien und besonders bei starken Leuchtgasvergiftungen. Dr. Waibel-Kempten.

Unglückliche Zufälle nach Salvarsan und Anaphylaxie. Vortrag von Edmond Lesné und Lucien Dreyfus. Comptes rendus de la soc. de biol.; 1912, LXXII, Nr. 7.

Die Autoren beziehen die nach Salvarsaninjektionen beobachteten unglücklichen Zufälle auf eine durch eine natürliche Ueberempfindlichkeit, eine Idiosynkrasie gegen Arsen bedingte Intoxikation durch Arsen. Im Versuche kann man Anaphylaxie nur mit Albuminoiden erzeugen; beim Menschen dürften die Verhältnisse kaum anders liegen. Auch die klinischen Erscheinungen weichen von jenen der Anaphylaxie ab. Die Rötung der Haut mit erysipelatöser Schwellung, die haemorrhagischen Exantheme, die Urtikariaeruptionen mit Prädilektionssitz am Halse, im Gesicht, an den Genitalorganen, an den Händen kommen auch bei der Arsenvergiftung vor. So hat man bei den tödlichen Salvarsanfällen Erbrechen, Gesichtshyperaemie, Aufregung, Temperatursteigerung, epileptiforme Zuckungen, Coma gesehen; bei der Autopsie, wie beim Arsen, intensive Blutüberfüllung der inneren Organe, interstitielle Blutungen. Erytheme, Pruritus, Temperatursteigerung und Erbrechen kamen in weniger schweren Fällen als Nebenwirkungen des Salvarsans vor. Temperatursteigerung, Einfluß der injizierten Dose auf das Vorkommen der Zufälle sind ebenfalls keine normalen Kennzeichen der Anaphylaxie.

In der an den Vortrag sich anschließenden Diskussion bestätigte Prof. Netter, daß die Anaphylaxie bei den Salvarsannebenwirkungen keine Rolle spiele. Er legte weniger Gewicht auf den Nachweis der Symptome der Arsenvergiftung, auf das Auftreten nach wägbaren Dosen, auf das gleichzeitige Vorkommen von Fieber — als darauf, daß die Zufälle oft nach den ersten Injektionen schon auftreten. Er zieht eine neue Arbeit Wechselmanns (Januarheft des Arch. für Dermatologie) zur Stütze für seine Ansicht heran: Ein Patient, der bei einer ersten Injektion gegen Salvarsan Ueberempfindlichkeit zeigt, braucht bei Gelegenheit einer zweiten durchaus nicht zu reagieren.

Dr. Mayer-Simmern.

Der Nachweis der Samenflecke. Von Dr. Wallner, Polizeiarzt in München. Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin und Sanitätspolizei 62. Jahrg., Heft 1.

Der Nachweis der Florenceschen Krystalle oder der Nadeln und Rhomben von Barberio ist nicht eindeutig und kann daher nur als Vorprobe

gelten. Ein sicherer Nachweis von Sperma läßt sich nur durch den Nachweis von Spermatozoen erbringen. Der Geübte wird dabei auch durch Untersuchung des ungefärbten Präparates zu einem Urteil gelangen; für den Ungeübteren dagegen bilden die modernen Färbungsmethoden eine erhebliche Ersparnis an Zeit und Mühe. Verfasser empfiehlt dafür besonders die von de Dominicis, Corin, Stockis und Dervieux angegebenen Färbungsmethoden.

Rpd. jun.

Ueber die Nicht-Spezifizität der Ueberempfindlichkeitsreaktion auf Spermaflecke. Von Henri Verger. Réunion biologique de Bordeaux. Comptes rendus de la soc. de biol.; 1912, LXXII, Nr. 3.

In Fortsetzung seiner in Nr. 1, 1912 dieser Zeitschrift wiedergegebenen Versuche infizierte der Autor zuerst den Meerschweinchen eine Mazeration von Spermaflecken, später aber intrakardial kein Sperma, sondern ein Mazerat leukorrhoischer Flecke in leicht alkalisch gemachtem Wasser. Während nicht vorbehandelte Kontrolltiere auf dieselben Dosen nicht reagierten, traten dort epileptische Anfälle, Atemstörungen, Temperaturabfall auf; 3 Tiere starben nach 10—15 Minuten.

Durch diese Versuche wird der praktische Wert der Ueberempfindlichkeitsprobe für den Spermanachweis sehr beschränkt. Uebrigens hat auch die Unterscheidung von menschlichem und tierischem Sperma für die gerichtliche Medizin keine große Bedeutung. Sollte eine Ausführung der Probe dennoch der Mühe wert sein, so darf man nicht mehr von ihr verlangen, als daß sie imstande ist, nachzuweisen, daß die zu untersuchenden Objekte von Menschen stammen, d. h. daß sie uterinen, vaginalen oder spermatischen Ursprungs sind. Das letzte Wort wird immer der direkte histologische Nachweis sprechen müssen.

Dr. Mayer-Simmern.

Die Bedeutung der Eierstöcke für die Entstehung des Geschlechts. Von Dr. Joh. Linke-Wiederau. Medizinische Klinik; 1911.

Seligson hat die Theorie aufgestellt, daß die rechtsseitigen Geschlechtsdrüsen (Testes und Ovarien) männliche, die linksseitigen weibliche Individuen hervorbrächten. Diese Theorie hat v. Winkel seiner Zeit schon einer kritischen Betrachtung unterzogen und entkräftet. Verfasser veröffentlicht nun auch einen Fall, der gegen die Richtigkeit der Theorie spricht. Er hatte eine Frau zu entbinden, die früher, wie er durch Nachfragen feststellte, an einer linksseitigen Ovarialzyste operiert war. Das linke Ovarium war also entfernt. Trotzdem war das Kind ein Mädchen. Rpd. jun.

Ueber Sterilität. Von Dozent Dr. Julius Neumann-Wien. Wiener mediz. Wochenschrift; 1911, Nr. 17—23.

Aus der umfangreichen Arbeit sind folgende Punkte hervorzuheben: Der Verfasser unterscheidet mit Ferdinand Schenk folgende Ursachen der weiblichen Sterilität, wobei Begattungs- und Zeugungsfähigkeit des Mannes vorausgesetzt wird: 1. Sterilität, bedingt durch pathologisch-anatomische Veränderungen lokaler Natur; 2. Sterilität, bedingt durch pathologisch-anatomische Veränderungen allgemeiner Natur; 3. Sterilität ohne ein nachweisbares anatomisches Substrat.

Er bringt einige historische Notizen über die Sterilität und weist darauf hin, wie wichtig die Entdeckung des Gonococcus durch Neißer für die Beurteilung dieser Frage war. Nur durch diese Entdeckung und das genauere Studium der Gonorrhoe wurde der wichtige Anteil des Mannes an der Sterilität der Ehe erkannt und entsprechend gewürdigt.

Weiterhin folgen einige Ausführungen über die Theorie der Befruchtung und Fortpflanzung.

Es wird darauf hingewiesen, daß bewegliche Spermatozoen noch 26 Stunden post coitum im Uterus gefunden sind und daß eine Konzeption leichter nach der Menstruation erfolgt, wie Statistiken beweisen. Die Vereinigung von Ei und Spermatozoen erfolgt namentlich in der Tube; das imprägnierte Ei wandert dann in den Uterus. Eine andere Theorie verlegt jedoch den Ort der Befruchtung auch in den Uterus.

Die Fruchtbarkeit der Frau ist dabei eine begrenzte; von 39 bis 40

Tausend Primordialeiern gelangen im ganzen nur 4—5 zur Befruchtung. Dies Verhältnis schwankt bei den einzelnen Rassen ganz erheblich.

Schwere Entwicklungsstörungen der Vagina, des Uterus bedingen Sterilität. Hypoplasie der Tuben, Veränderungen des Endometriums bei Hypoplasie des Uterus (Infantilismus) werden als weitere Ursache angegeben. Schlechte Ernährung in der Kindheit sind als Hauptgrund des Infantilismus anzusehen, fernerhin noch Infektionskrankheiten, Pocken, Scharlach, Tuberkulose. An derartigen Individuen lassen sich auch sonst viele Zeichen des Infantilismus nachweisen. Von 201 Frauen mit infantilem Habitus waren nach den Beobachtungen des Verfassers 189 steril. Recht häufig besteht Dysmenorrhoe neben Sterilität. Stenosen des Zervixkanals, des äußeren Muttermundes sind dagegen eine seltene Ursache der Sterilität. Die mangelhafte Entwicklung des Genitales ist und bleibt immer die Hauptursache der Sterilität, nach Bumms Schätzung etwa in zwei Drittel sämtlicher steriler Ehen.

Als Sterilitätsursachen kommen ferner entzündliche Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane in Betracht; die wichtigste sind die Gonorrhoe, die Tuberkulose und Entzündungen nach Wochenbettfieber. Die Frauen werden von ihren Männern gonorrhoisch infiziert; nach dem ersten Wochenbett geht die Entzündung dann auf die Adnexe und das Peritoneum über, und damit wird die Frau steril. Die Einkindersterilität ist eine der häufigsten Folgen einer gonorrhoischen Infektion in der Ehe. Gewöhnlich sind dabei der Verschluß beider Tuben, Hydro- oder Pyosalpinx, entzündliche Veränderungen der Ovarien ein Hindernis für die Konzeption. Perimetritis und Endometritis können die Konzeption erschweren.

Einfache Lageveränderungen des Uterus setzen die Sterilität herab. Vaginal- oder Uterusprolaps schließen Gravidität nicht aus. Neubildungen im Genitalapparat behindern auf mechanische Weise die Konzeption, namentlich Tumoren der Vulva. Karzinom und Schwangerschaft sind selten zusammen beobachtet worden. Myomkranke liefern ein erhöhtes Kontingent an sterilen Frauen. Ihre Zahl beträgt bis 30 Prozent der steril Verheirateten. Myomkranke konzipieren meistens nicht oder, wenn sie konzipiert haben, tragen sie nicht aus.

Bei ein- oder doppelseitigen Tumoren des Ovariums kann Konzeption noch so lange erfolgen, als ovulierendes Gewebe vorhanden ist. v. Winckel fand an 150 Leichen steriler Frauen in 32 Fällen Ovarialzysten.

Trophische Störungen, Uterusatrophie bei schweren Krankheiten wie Tuberkulose, Diabetes usw.. können zur Sterilisät führen, ebenso chronische Vergiftungen durch Morphium, Alkohol, Arsenik, Blei u. a.

Fettsucht kann Sterilität bedingen oder auch umgekehrt eine Folge der Sterilität sein; kastrierte Menschen setzen z. B. oft reichlich Fett an.

Uebermäßig lange fortgesetzte Laktation kann Uterusatrophie und Sterilität verursachen, die dauernd oder vorübergehend sein kann.

Eine wesentliche Rolle spielt bei der Sterilität heute, als Folge des Malthusianismus, der Präventivverkehr. Infolge dieses Präventivverkehrs kommen z. B. in Nordamerika am Ende des 19. Jahrhunderts nur 1,8—2 Geburten auf eine Ehe, während zu Anfang 5 Geburten kamen.

Mangelnde Libido sexualis, Frigität, wird häufig als Ursache der Sterilität angesehen. Der größte Teil der Frigiden weist aber Entwicklungsstörungen auf, so daß diese die eigentliche Ursache der Sterilität sind, zumal Frigide mit normalen Sexualorganen häufig konzipieren.

Vaginismus bildet ein Kohabitations- und damit auch ein Konzeptionshindernis.

Die Fertilität leidet auch durch Konsanguinität; in manchen Fällen von Sterilität wird die Ursache in Blutsverwandtschaft der Ehegatten oder Aszendenten zu suchen sein. Auch Bastarde sind im allgemeinen wenig fruchtbar; hier hemmt die Rassenfremdheit Fortpflanzungsfähigkeit des Deszendenten. Unerklärliche Fälle von Sterilität gesunder Individuen stellen, nach Ansicht des Verfassers. ein natürliches oder degeneratives Ende der Deszendenz dar.

Unter seinem großen Material fand der Verfasser 30% sterile Frauen; die Zahl der sterilen Ehen wird auf 10—15% geschätzt; sie nimmt in den oberen Schichten der Gesellschaft zu, wie sich aus den Feststellungen in England und anderen Ländern ergibt.

Der Mann trägt in 40—45% durch Azoospermie, Impotenz oder gonorrhoische Infektion der Frau Schuld an der Sterilität, die Frau in 60 bezw. 55%. Die Zahlen für Einkind-Sterilität schwanken außerordentlich, nach Fränkel beträgt sie 28,5% der sterilen Ehen.

Im allgemeinen nimmt man Sterilität an, wenn die Ehe fünf Jahre kinderlos war; für ihre Beurteilung ist die Untersuchung der Frau und des Mannes erforderlich.

Unter den therapeutischen Maßnahmen wird die intrauterine Galvanisation besonders empfohlen; daneben führt der Verfasser noch eine Reihe symptomatischer Mittel, ferner auch operative Verfahren an.

Dr. Kurpjuweit-Swinemünde.

Seltene Fremdkörper in der Harnröhre. Von Dr. Berg-Frankfurt a. M. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 3.

28jähriger Schneider, der Verfasser wegen Schmerzen in der Harnröhre aufsuchte; man konnte in dieser von außen zwei Fremdkörper von der Form einer Zehnpfennigsstückgroßen Scheibe in der Gegend des Peno-Skrotalwinkels fühlen. Sie wurden durch Harnröhrenschnitt entfernt und entpuppten sich als zwei Steinnußknöpfe, die sich der Patient, der, wie er zugab, ein hartnäckiger Onanist war, hineingedrückt hatte.

Ein weiterer Fall betrifft einen 30jährigen Straßenbahnführer, der sich eine Haarnadel mit dem Knie nach vorn in die Harnröhre eingeführt hatte.

Rpd. jun.

Die Folgen der Exstirpation der Hypophyse. Aus dem patholog. Institut der Universität Pavia. Von G. Ascoli, Dozent für innere Medizin und T. Legnani, Dozent für Chirurgie. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 10.

Auf Grund ihrer mehrjährigen Untersuchungen und Experimente kommen die Verfasser zu der Schlußfolgerung, daß die Schädigung — oder Ausschaltung der Hypophyse eine weitgreifende Störung des Organismus zur Folge hat. Die sinnfälligsten Symptome dieser Störung sind Wachstumshemmung, Ernährungsstörung, Beeinträchtigung der Geschlechtssphäre neben auffälliger physischer und geistiger Schwäche. Mit diesen Erscheinungen ist das Wesen des Hypopituitarismus keineswegs erschöpft. Die Störung ist tiefer und minder einfacher Natur. Die Schädigung der Hypophyse hat im inneren Sekretionsapparat ausgebreitete Veränderungen zur Folge, weshalb der sich ergebende Symptomenkomplex durch die korrelative Störung anderer endokriner Drüsen kompliziert wird. Eingriffe an anderen Drüsen lösen, wie die Folgen der Thyreoid- und der Thymusektomie zeigen, ebenfalls Symptomenkomplexe aus, die mit dem Hypopituitarismus eigentümliche Berührungspunkte haben. Auch bringen die Feststellungen der Verfasser jene klinischen Erfahrungen in Zusammenhang, nach denen die auf Störung innerer Sekretionen bezogenen Symptomenbilder — als Zwergwuchs, Kretinismus, Myxoden — sich häufig zu Misch- und Uebergangsformen gestalten.

Dr. Waibel-Kempten.

Irrtümer der Strafjustiz und ärztliche Sachverständige. Von Dr. Albert Moll. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; Nr. 1.

Das unter obigem Titel von Sello verfaßte Werk hat besonders für den gerichtlichen, sachverständigen Arzt großes Interesse; es zeigt an Fällen der Strafjustiz die Unvollkommenheit alles menschlichen Wissens.

Der Verfasser schildert im ersten Bande „Todesstrafe und lebenslängliches Zuchthaus in richterlichen Fehlsprüchen neuerer Zeit“; die häufige Unzuverlässigkeit der Zeugenaussagen und sonstiger Beweismittel des Gerichts. In einigen Fällen wird diese Unzuverlässigkeit auch an der Tätigkeit der ärztlichen Sachverständigen demonstriert.

Aus der Reihe der Verhandlungen, in denen die Gutachten ärztlicher Sachverständiger zu den Fehlsprüchen erheblich beitrugen, bespricht M. mehrere prägnante Fälle.

Am Schlusse der sehr lesenswerten Ausführungen aus Sellos Buch gibt M. seiner Genugtuung darüber Ausdruck, daß es immerhin nur sehr wenige

Fälle sind, wo an den Justizirrtümern ärztliche Sachverständige einen Teil der Schuld getragen haben, und daß die wenigen Fälle keine so große Rolle spielen im Vergleich zu denjenigen, in denen die Richter die Schuld auf sich geladen haben. Im Gegenteil kann, so meint Verfasser, gar nicht bezweifelt werden, daß in einer Reihe von Fällen der Justizirrtum nicht zustande gekommen wäre, wenn die Richter zur richtigen Zeit Sachverständige gewählt hätten.

Dr. Dörschlag-Bromberg.

B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

a. Influenza.

Klinische und bakteriologische Beobachtungen bei Säuglingsgrippen. Von Erich Müller und C. Seligmann. Aus dem Großen Friedrichs Waisenhaus und dem Untersuchungsamt der Stadt Berlin. Berliner klinische Wochenschrift; 1911, Nr. 36.

Bei einer Grippeepidemie in Rummelsburg, die sehr variable Krankheitsbilder umfaßte, konnten in 8 Fällen aus dem Blut resp. den inneren Organen der Kinder Streptokokken in Reinkultur gezüchtet werden, die in manchem von den bekannten Streptokokkenarten abwichen. Die Verf. halten diese „Grippestreptokokken“ für die Erreger der von ihnen beobachteten Epidemie. Jedenfalls verdienen diese Befunde bei weiteren Grippeepidemien Beachtung.

Dr. Meinicke-Hagen i. W.

b. Akute Polyomyelitis (akute Kinderlähmung).

Vorkommen des Virus der Poliomyelitis in der Mandel der gelähmten Affen und seine Ausscheidung durch den Nasenschleim. Von Landsteiner, Levadit und Danulesco. Aus dem Laboratorium von Levaditi im Institut Pasteur, Paris. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXI, 1911, Nr 34.

1. Für den an der Heine-Medinschen Krankheit erkrankten Menschen hatten Landsteiner, Levaditi und Pastia gefunden, daß das Gift der Poliomyelitis in der Tonsille und der Rachenschleimhaut nachgewiesen werden kann. Es handelte sich um einen Kranken, dessen Kinderlähmung mit einer fieberhaften Tonsillitis eingesetzt hatte und dessen Mandel und Rachenschleimhaut beim Affen bei intrazerebraler Injektion sich als infektiös erwiesen. Flexner und Clark haben diesen Befund bestätigt. Tonsille und Rachen bilden demnach die Eintrittspforte für den Poliomyelitiskeim; sehr wahrscheinlich findet auch seine Ausscheidung durch die Rachenschleimhaut statt.

Versuche am Affen ergaben dasselbe Resultat. Die Autoren töteten die Tiere zu einer Zeit, wo die Lähmungssymptome den Höhepunkt erreicht hatten, entnahmen die Tonsillen, die Schleimhaut des Zungengrundes und des Rachens, verrieben sie in einem Mörser, emulgierten die Masse in NaCl-Lösung, filtrierten die Emulsion und injizierten die Flüssigkeit in das Gehirn, die Bauchhöhle und die NN mediani unvorbehandelter Affen. In einem von drei Fällen trat ein deutliches positives Ergebnis zutage: nach 9tägiger Inkubation entwickelte sich eine typische Poliomyelitis. — Daß die Tonsille auch als Eintrittspforte des Keimes der Kinderlähmung dienen kann, ergibt sich daraus, daß die Injektion einiger Tropfen Virus unter die Tonsillarschleimhaut ebenfalls nach 9 Tagen Poliomyelitis auslöst.

2. Ein anderer Weg der Ausscheidung sind die Sekrete der Nasenschleimhaut. In die Nase von gelähmten Affen eingelegte Wattetampons weisen nach 24 Stunden eine Imbibitionsflüssigkeit auf, die imstande ist, bei Affen, intrazerebral injiziert, wieder Kinderlähmung zu erzeugen.

Da es sich um Versuche handelt, die für sanitätspolizeiliche Maßnahmen gegen die Verbreitung der Krankheit von großer Bedeutung sind, werden sie von den Autoren fortgesetzt. Dr. Mayer-Simmern.

Uebertragung der Poliomyelitis auf den Affen mit dem Virus der englischen Epidemie von 1911. Von Levaditi, Gordon und Danulesco. Aus dem Laboratorium von Levaditi, Institut Pasteur, Paris. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXI, 1911, Nr. 36.

In den Monaten August, September und Oktober 1911 kam in England Poliomyelitis in gehäufter Zahl vor. Bestimmte Herde, besonders die in Cornwall und Devonshire wurden vom epidemiologischen und klinischen Standpunkte aus von Dr. Reece vom Local Government Board studiert. Die hitoslogische Untersuchung von 4 tödlich verlaufenden Fällen wurde von Dr. Gordon, einem der Autoren, ausgeführt. Außerdem wurde von diesen Fällen, die aus Cornwall, Devonshire und London stammten, das Rückenmark in das Institut Pasteur nach Paris gesandt, wo zur Bestätigung der Diagnose die Uebertragung des Virus auf Affen vorgenommen wurde. In 3 Fällen trat beim Affen typische Kinderlähmung auf. Das Mark war 27, 39, 48 Tage in Glyzerin aufbewahrt worden; die Inkubationsdauer betrug 6—14 Tage; von den Befunden sei einer genauer mitgeteilt: Das Tier starb an zerebellarer Poliomyelitis. Die gefundenen Läsionen im Rückenmark stellten sich als intensive mononukleäre Entzündung der Häute, typische Veränderungen der grauen und weißen Substanz, Anhäufung mononukleärer Zellen im Ependymkanal dar. Im Hirn und Kleinhirn Schädigungen perivaskulärer Art. Dr. Mayer-Simmern.

Konservierung des Poliomyelitis virus im Organismus von Tieren, die gegen die Krankheit refraktär sind. Von C. Levaditi und Dannlesco. Aus dem Levaditischen Laboratorium im Institut Pasteur, Paris. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII, 1912, Nr. 8.

Die Spinalganglien gelähmter Affen enthalten vom Poliomyelitisgift große Mengen, die selbst größer sind, als jene, die sich in einer gleich schweren Partie des Rückenmarks finden. Die Autoren führten Stückchen dieser Ganglien in die Augen-Vorderkammer von Kaninchen ein; nach 3, 9 und 23 Tagen wurden die Massen wieder dem Auge entnommen. Emulsionen der Ganglienfragmente, der Iris und des Humor aqueus wurden in das Gehirn nicht vorbehandelter Affen infiziert. Nach 6, 8 und 10tägiger Inkubation erkrankten diese Tiere an Poliomyelitis.

Immerhin scheint eine Abschwächung des Giftes mit der Zeit stattzufinden; denn die Tiere, die mit Massen behandelt wurden, die nur kurz in der Vorderkammer verweilt hatten, erkrankten und starben an generalisierter Lähmung, während der Affe, dem das 23 Tage „alte" Ganglion injiziert wurde, nur leicht affiziert wurde (Monoplegia brachialis, Ausgang in Heilung.) Nach einem Aufenthalt von 33—42 Tagen trat überhaupt keine Poliomyelitis der geimpften Tiere mehr ein.

Das Gift des Poliomyelitis hält sich also im Auge des Kaninchens, eines im allgemeinen refraktären Tieres, 3 bis 23 Tage lang. Eine besondere Reaktion tritt in der Vorderkammer nicht ein, nur im Beginn eine leichte traumatische Entzündung.

Auch in der Peritonealhöhle des Meerschweinchens hält sich das Gift 24 Stunden lang; seine pathogene Kraft scheint hier aber nach einigen Tagen zu erlöschen.

Die Autoren hatten die Prüfung der pathogenen Fähigkeit des Poliomyelitisgiftes bei natürlicher Immunität des Wirt-Tieres aus dem Grunde durchgeführt, um die Möglichkeit der Verbreitung der Erkrankung durch Tiere zu studieren, die in der Norm die Krankheit nicht akquirieren.

Dr. Mayer-Simmern.

Ueber die Zerebrospinalflüssigkeit bei akuter Kinderlähmung. Von J. Graham Forbes, M. D., D. P. H., M. R. C. P., Bakteriologe und Pathologe am Kinderkrankenhaus, London. Public health: XXV, Nr. 3, Dezember 1911.

In 30 Fällen von Kinderlähmung wurde 33mal die Lumbalpunktion gemacht, und zwar 3 bis 42 Tage nach Beginn der Erkrankung. Die gewonnene Flüssigkeit war in 24 Fällen ganz klar und frei von Gerinnseln; in 8 Fällen fanden sich Blutspuren, 24mal Eiweiß in einer Menge, die von der Dauer der Erkrankung abhängig war, anscheinend bedingt durch das Vorkommen von Lymphozyten. Diese sind als Beweis der Gewebsreaktion gegen ein bisher unbekanntes Gift anzusehen und finden sich bei Sektionen als perivaskuläre Infiltrate in der Rückenmarkssubstanz und in den Rückenmarkshäuten. Zucker fand sich in einer Menge von 0,05 °/₀ in der Lumbalflüssigkeit.

Die bakteriologische Untersuchung ergab in den gefärbten Zellpräparaten

nie Organismen. In 33 Fällen waren auch die Kulturen negativ; in 7 fanden sich deutliche Verunreinigungen, in 2 lag eine sekundäre Infektion vor.

Vergleicht man hiernach die Ergebnisse bei Zerebrospinalmeningitis, bei welcher der Autor 200 Proben untersucht hat, so fanden sich hier: Deutliche Trübung, häufige Bildung grober, eitriger Gerinnsel, großer Ueberschuß von Eiweiß, Fehlen von Dextrose, reichliche Anhäufung polynukleärer Zellen, Befunde, die gemeinsam mit dem Nachweis des Meningococcus in Objektträgerpräparaten und Serumkulturen die Differentialdiagnose ermöglichen.

Dr. Mayer-Simmern.

Experimentelle Untersuchungen über Poliomyelitis. Von Dr. Olaf Thomsen. Berliner klin. Wochenschrift; 1912, Nr. 2.

In Uebereinstimmung mit den Untersuchungen anderer Autoren fand der Verfasser, daß das Virus der Kinderlähmung in den Tonsillen erkrankter Kinder nachzuweisen ist. Allerdings findet man es auch in den Mandeln von Affen, die man intraperitoneal infiziert hat; es muß daher vorläufig unentschieden bleiben, ob die Tonsillen die Eintrittspforte oder nur einen Ort der Ausscheidung des Virus darstellen.

Wichtig sind dann besonders Untersuchungen des Verfassers, die darauf gerichtet waren, ob das Virus, wenn man es mit Pockenvakzine zusammen in die Haut bringt, Erkrankungen hervorzurufen vermag. Bekanntlich haben die Impfgegner vielfach behauptet, daß das Impfen den Ausbruch der Kinderlähmung verursacht habe. Es ist darum interessant, daß sich das Virus tatsächlich längere Zeit in den Impfpusteln zu halten vermag und sogar noch nach einigen Tagen in Mengen dort angetroffen wird, die eine Vermehrung in dem Pustelinhalt nicht als unwahrscheinlich erscheinen lassen. Die Impfpocken gingen übrigens an den Gliedern, die gleichzeitig mit Kinderlähmung beimpft wurden, viel später auf, als an den anderen. Man wird im Hinblick auf diese Untersuchungen in Epidemiezeiten das Impfgeschäft tunlichst einschränken, schon um den Impfgegnern nicht neuen Anlaß zu ihrer kritiklosen Polemik zu geben. Dr. Meinicke-Hagen i. W.

Ueber die bulbäre Form der epidemischen Kinderlähmung. Aus der med. Poliklinik in Marburg. Von Prof. Dr. Eduard Müller. Münchener mediz. Wochenschrift; 1912, Nr. 4.

Verfasser verbreitet sich an der Hand von Erfahrungen bei der letzten Marburger Epidemie in längeren, wissenschaftlich höchst interessanten Ausführungen über einzelne diagnostische Gesichtspunkte und Schwierigkeiten bei der bulbären Kinderlähmung, besonders bei ihren reineren Formen und verlangt am Schlusse seiner Ausführungen zur besseren Bekämpfung der Seuche, die bekanntlich seit Anfang dieses Jahrhunderts ausgedehnte Länderstrecken Nord- und Mitteleuropas, sowie besonders Nordamerikas in Schrecken setzt, geeignetere epidemiologische Unterlagen. Diese wären erst dann zu erreichen, wenn in Deutschland, ähnlich wie es in Schweden bereits der Fall ist, die Anzeigepflicht für diese Krankheit durch Reichsgesetz festgelegt wird. Die Anzeigepflicht müßte ständig und allgemein sein und sich selbstverständlich auf die niemals aussterbenden sporadischen Fälle erstrecken. Dr. Waibel-Kempten.

Akute epidemische Poliomyelitis. Von Frederick E. Batten, M. D. Vortrag vor der Sektion London des engl. Medizinalbeamtenvereins. Public health; XXV, Nr. 2, November 1911.

Die vorzügliche, mit 11 Diagrammen und Karten versehene Arbeit gibt eine eingehende Darlegung der klinischen Symptome, des experimentellen Nachweises der Kinderlähmung, ferner der Größe der Ansteckungsfähigkeit und der Epidemiologie dieser Krankheit. Karten von Europa, Nordamerika und Australien geben die Orte wieder, an denen Epidemien geherrscht haben. Eine tabellarische Uebersicht führt die Autoren auf, die die Epidemien von 1881 bis 1910 beschrieben, die Zahl der dabei beobachteten Fälle und schließlich die Zahl der Todesfälle. Von England sind Ortspläne von Carlisle, wo nach einem Berichte Beards im September 1910 34 Fälle auftraten, der Küste von Cumberland, wo Garrow 1910 Untersuchungen anstellte, von Barrow-in-Furness, ebenfalls einem Orte dieser Küste, wiedergegeben. Eine Skizze des Themse-Verlaufes

in London zeigt die Verbreitung von 45 Poliomyelitisfällen, die 1904 in zwei Krankenhäusern aufgenommen wurden.

Rechnet man beim Menschen die Ansteckungsfähigkeit für Scharlach mit 22 %, so ist die für Diphtherie mit 17 %, die für Kinderlähmuug mit 6 % zu schätzen. Daß die Uebertragbarkeit nicht groß ist, wird dadurch bewiesen, daß Ansteckungsfälle bei Behandlung in gemeinsamen Krankensälen nicht beobachtet sind. Bei Zwillingen, die der Ansteckung ausgesetzt waren, kann einer erkranken, der andere gesund bleiben. In Instituten tritt Poliomyelitis selten auf; in 45 untersuchten Erziehungsanstalten mit 3600 Kindern erkrankten nur 1 Kind. Dieses hatte die Anstalt lange Zeit nicht verlassen, niemand hatte das Kind besucht; mit anderen Kranken, die an Kinderlähmung litten, war es nicht in Berührung gekommen. Kein anderer Fall trat in der Anstalt auf.

In der nördlichen Hemisphäre herrscht die Krankheit vorwiegend in den Monaten Juli bis September, ebenso in Kuba im Juli und August, in der südlichen Hemisphäre meist im März und April. Das zweite bis dritte Lebensjahr ist besonders gefährdet. Die Sterblichkeit schwankt zwischen 6 und 18 %, meist um 11—12 %. In kleinen Städten und auf dem Lande tritt Poliomyelitis relativ häufiger auf, als in dichter bevölkerten Städten.

Bei seinen epidemiologischen Untersuchungen an der Westküste von Kumberland fand Garrow in verschiedenen Dörfern vereinzelte Fälle. In Barrow-in-Furness sah er 37 Fälle dauernd verkrüppelter Personen. Die wirkliche Zahl der Erkrankungen läßt sich nur vermuten. Die schweren Fälle, die sterben, und die leichten Fälle, die genesen, waren — besonders zu einer Zeit, wo Anzeigepflicht noch nicht bestand — für die Statistik verloren. In Melton Mowbray, in den Midlands, kamen 83 Fälle mit 14 Todesfällen vor. Die Epidemie wurde zuerst als solche von Genickstarre angesprochen.

Die Inkubationsperiode beträgt beim Menschen wahrscheinlich weniger als 6 Tage, in Versuchen zwischen 8 und 12 Tagen. Krankheitsverdächtige Kinder sollten 14 Tage Quarantäne halten. Ansteckungsfrei dürfte ein Kranker erst nach 3 Wochen sein. Die Darreichung von Urotropin scheint im Versuche die Ansteckung hintanzuhalten und das Virus zu zerstören. Die Anwendung des Medikaments dürfte daher rationell sein.

Außer dieser Quarantäne aller Kontakte, der Anzeigepflicht, der Isolierung der Angesteckten, Desinfektion von Nasen- und anderen Ausflüssen lassen sich andere Vorschläge zurzeit nicht machen.

Dr. Mayer-Simmern.

Zur Epidemiologie der Poliomyelitis. Von Robert Burnet, County med. off. of health, Cornwell. Public health; XXV, Nr. 3, Dezember 1911.

Aus dem Umstand, daß die Poliomyelitisfälle meist längs der Hauptchausseen in Dörfern auftreten, während die Städte, die ihre Straßen feucht halten, verhältnismäßig frei sind, daß sporadische Fälle ohne jeden Kontakt miteinander an weit entfernten Orten beobachtet werden, daß der Nasopharynx die Eintrittsstelle der Erkrankung ist, Nasopharyngitis aber durch Staub erzeugt wird, daß die Krankheit in der regnerischen Jahreszeit verschwindet, daß Knaben doppelt so häufig erkranken, als Mädchen schließt der Autor auf einen Zusammenhang der Poliomyelitis mit dem durch Motoren aufgewirbelten Staub der Straße. Zugunsten seiner Theorie verwendet er den Umstand, daß das Durchschnittsalter von 50 aufeinanderfolgenden Fällen 6 Jahre war, ein Alter, das für Kinderlähmung hoch erscheint; der Grund liege darin, daß wegen des verstärkten Verkehrs jüngere Kinder mehr wie früher von der Straße ferngehalten werden. Dr. Mayer-Simmern.

Akute Poliomyelitis im Westen Englands. Public health; XXV, 1911, Nr. 1.

Der Grafschaftsmedizinalbeamte von Devonshire berichtete in der Sitzung des Grafschaftsrates vom 21. September 1911, daß noch immer Fälle von Kinderlähmung zur Anzeige gelangten. Auf die Frage nach tatsächlichen Beweisen für die Infektiosität erwiderte er, daß er sie in 4 Fällen ansteckend gefunden habe. Ein Mann kam in einen infizierten Bezirk, ging nach

Hause und schlief mit 2 Knaben, die beide erkrankten. Ein Arzt brachte die Krankheit in seine Wohnung; sein eigenes Kind erkrankte, und eine Krankenschwester wurde von einem Kranken infiziert. Dr. Mayer-Simmern.

Akute Poliomyelitis und Zerebrospinalmeningitis. Public health; XXV, Nr. 4, Januar 1912.

Das Local Government Board macht in einem Runderlaß an die Ortsbehörden darauf aufmerksam, daß infolge der Aehnlichkeit der Symptome bei beiden Krankheiten im Beginn von Poliomyelitisepidemien die Diagnose häufig große Schwierigkeiten gemacht habe. Beide Krankheiten sind anzeigepflichtig. Ein Geleitwort des Dr. Newsholme, des technischen Beraters dieser Behörde, gibt über die Differentialdiagnose Auskunft und teilt Vorsichtsmaßregeln gegen die Verbreitung mit. Dr. Mayer-Simmern.

b. Pneumonie.

Ein klinischer und experimenteller Beitrag zur Kenntnis der durch den Friedländerschen Bacillus verursachten Pneumonie. Von Dr. E. Tönnießen, Assistenzarzt der mediz. Universitätsklinik Erlangen. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 49.

Verfasser berichtet unter Mitteilung von Krankengeschichte und Sektionsbefund über einen Fall der bekanntlich verhältnismäßig seltener durch den Friedländerschen Bacillus verursachten Pneumonie bei einem 55 Jahre alten Dienstknecht.

Der Verlauf der Krankheit entspricht in der Hauptsache einem wohl charakterisierten, durch den spezifischen Erreger bedingten Krankheitsbilde. Das Ueberstehen der Infektion ist eine Ausnahme, Herpes und Schüttelfrost fehlen häufig, die Temperatur ist oft niedrig, das Sputum ist reichlich, schleimig, viszid bis fadenziehend, grau bis braunrötlich. Die Diagnose ist bei dem enormen Gehalt an Bazillen leicht zu stellen. Pathologisch-anatomisch finden sich: massive lobäre Infiltration mit nicht körniger, sondern weicher, schleimiger Schnittfläche, das Exsudat zum größten Teil aus Bazillen bestehend, weniger Leukozyten und rote Blutkörperchen als bei der kruppösen Pneumonie, in fast der Hälfte der Fälle sehr rasch eintretende Erweichung im Zentrum der infiltrierten Partien.

Nachdem Verfasser noch in längeren Ausführungen sich über seine experimentellen Tierversuche mit den Friedländerschen Bazillen verbreitet, faßt er die Ergebnisse seiner Beobachtungen und Untersuchungen dahin zusammen, daß neben den klinischen Merkmalen der Friedländerpneumonie, wie sie zuletzt namentlich Apelt hervorhebt, nämlich 1. der Friedländerbacillus ist befähigt, allein für sich Pneumonie zu erregen, 2. diese Pneumonie nimmt einen charakteristischen Verlauf und hat eine schlechte Prognose — die Neigung zur Erweichung besonders zu betonen und als neue Beobachtung hinzuzufügen ist, daß diese Erweichung unter auffallend geringen klinischen Symptomen eintreten kann.

Die Eigenart des Verlaufes und der pathologisch-anatomischen Veränderungen ist durch die Eigenschaften des Friedländerbacillus bedingt.

Dr. Waibel-Kempten.

Ueber die intravenöse Anwendung des Pneumokokkenserums. Von Dr. L. Beltz. Deutsche med. Wochenschrift; 1912, Nr. 1.

Verfasser hat an 25 Fällen des Augusta-Hospitales in Köln, die innerhalb der ersten drei Tage des pneumonischen Prozesses in Behandlung kamen, das Römersche polyvalente Pneumokokkenserum zur Anwendung gebracht und sehr beachtenswerte Erfolge erzielt, die sich vor allen Dingen in einer ganz erheblichen Beschleunigung der Krisis zeigten. Im Sinne der von Neufeld und Haendel im Tierversuch gefundenen Tatsache des sogen. „kritischen Schwellenwertes" bei der Immunisierung gegen den Pneumonieerreger empfiehlt Verfasser dringend so früh wie möglich eine sehr große Dose des Merkschen Serums, mindestens 400 I.-E., intravenös zu injizieren und am folgenden Tage, wenn eine Wirkung noch nicht festzustellen ist, die Injektion zu wiederholen.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

d. Tuberkulose.

Tierische Tuberkulose und menschliche Lungenschwindsucht. Von Prof. Dr. H. Kossel. Deutsche med. Wochenschrift; 1911, Nr. 43.

Durch Gewährung von Mitteln seitens der Robert Koch-Stiftung konnte Kossel nach einem genau festgelegten Versuchsplane bei 46 Schwindsüchtigen im Alter von 16—49 Jahren eingehende Untersuchungen der von diesen Kranken im Sputum ausgeschiedenen Tuberkelbazillen anstellen. In diesen 46 Fällen von Lungenschwindsucht fanden sich nun im Sputum 45 mal Tuberkelbazillen vom Typus humanus und einmal eine Mischung von Bazillen des Typus humanus und bovinus. In diesem letzten Falle ist aus den Züchtungsversuchen zu schließen, daß der bovine Keim gegenüber dem humanen in der Minderzahl war, daß also eine rein bovine Infektion in keinem der 46 Fälle vorgelegen hat. Bei 709 bis heute nach den strengen modernen Anforderungen betr. die Diagnose der beiden verschiedenen Typen untersuchten Schwindsüchtigen konnten wahrscheinlich dreimal, sicher aber zweimal Tuberkelbazillen des Typus bovinus allein, einmal Bazillen des Typus humanus und bovinus gemischt und 705 mal Bazillen des Typus humanus allein nachgewiesen werden. Diese Zahlen sprechen auf das deutlichste dafür, daß entsprechend den Anschauungen Robert Kochs die Schwindsucht ihre weite Verbreitung der Uebertragung der Infektionskeime von Mensch zu Mensch und nicht der tierischen Quelle verdankt.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Inhalationsversuche bei der Katze mit menschlichem tuberkulösem Auswurf. Von P. Chaussé. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII, 1912, Nr. 2.

Von 14 Katzen, die im Versuche der Einatmung von menschlichem Virus ausgesetzt waren, wurden nur 4 infiziert, und zwar eine mit kaum sichtbaren Tuberkeln, 2 mit 1—3 mm großen Tuberkeln und 1 mit Knötchen von 4—6 mm. Unter denselben Versuchsbedingungen erkrankten Hunde und Meerschweinchen schwer. Wahrscheinlich handelte es sich bei der Katze darum, daß infolge des langdauernden Zusammenlebens mit dem Menschen die Tiere bereits vorher mit abgeschwächten Dosen des Giftes in Berührung gekommen waren.

Cadéac hatte 1906 bereits ähnliches beobachtet. Es wurden bei seinen Versuchen 20 g tuberkulöser Sputa in 150 ccm Wasser gelöst; das Ergebnis war trotz der großen Dosen negativ, trotz eines mittleren Gehaltes von 100 Millionen Bazillen in 1 g phthisischen Sputums.

Dr. Mayer-Simmern.

Einwirkung schwacher, wiederholter Tuberkelbazillenimpfungen auf das Meerschweinchen. Von L. Bruyart (Institut Pasteur de Lille). Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXI, Nr. 26.

Wiederholte Inokulationen schwacher Dosen virulenter Tuberkelbazillen erzeugten keinen Schutz gegen tuberkulöse Infektion. Sukzessive Reinfektionen kleinster und konstanter Bazillendosen lösen deutliche makroskopische Schädigungen aus. Die häufig beobachteten Leber- und Nierenlaesionen darf man indessen als Verteidigungsreaktionen des Organismus, als Immunisierungsprozesse ansehen, die bei jeder folgenden Impfung sich mehr ausprägen, deren Uebermaß aber den Tod durch Schädigung der Funktion lebenswichtiger Organe bedingt. Wiederholte Impfungen schwacher, aber allmählich wachsender Dosen ähneln mehr in ihren Wirkungen einer einzigen, starken Dosis und erzeugen solche Widerstandsergebnisse weniger häufig.

Dr. Mayer-Simmern.

Zur Frage des granulösen Tuberkulosevirus. Von Dr. R. Bittrolff und Dr. K. Momose. Deutsche med. Wochenschrift; 1912, Nr. 1.

In dieser Arbeit, die aus dem Hygienischen Institute in Heidelberg hervorgegangen ist, legen die Verfasser das Ergebnis sehr zahlreicher Untersuchungen an tierischen und menschlichen Tuberkulosematerial dar, in denen sie die Muchschen Ergebnisse in keiner Weise bestätigen konnten. Mit der Muchschen Methode wurden keine anderen Formen des Tuberkelbacillus dargestellt als nach Ziehl; denn in dem untersuchten Material erwiesen sich die nach Much gefundenen Tuberkelbazillen bei der Umfärbung nach Ziehl stets

säurefest, weiter war in denen nach Ziehl negativen Fällen auch mit der Muchschen Methode nichts zu finden, und endlich wiesen die in einzelnen Fällen vorkommenden isolierten Granula (granulöse Form Muchs) bei der Umfärbung nach Weiß stets einen kurzen, säurefesten Fortsatz auf und stellten sich bei der Umfärbung nach Ziehl als kurze säurefeste Stäbchen dar. Die Muchsche Färbung kann bei Schnittfärbungen neben der Ziehlschen Färbung wohl mit Vorteil verwendet werden; für ein an Begleitbakterien reiches Material, insbesondere für Auswurf, ist sie dagegen durchaus ungeeignet.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Vergleichende Untersuchungen des Bakteriengehaltes im Auswurf, Blut und Kot bei tuberkulöser Lungenschwindsucht und tuberkulöser Darmerkrankung. Von Dr. Boer-Berlin. Medizinische Klinik 1911, Nr. 26.

Verfasser hat bei einer Reihe von Fällen von Lungenschwindsucht die Sekundärbakterien, die sich im Blut und Sputum fanden, in bezug auf ihr hämolytisches Verhalten auf Blutagarplatten untersucht. Er fand im Sputum von 28 an tuberkulöser Lungenschwindsucht Leidenden 12mal hämolytische Streptokokken und Staphylokokken und fünfmal Streptococcus viridans. Im Blut der gleichen Kranken fand er 6mal hämolytische Streptokokken und Staphylokokken. Verhältnismäßig häufig fanden sich Sekundärbakterien im Blut nach einem Anfall von Hämoptoe. Der Fiebertypus bei diesen Kranken war ein intermittierender, besonders bei denen, die die Sekundärbakterien gleichzeitig im Sputum und Blut hatten. Die Behauptung, daß die Anwesenheit von Sekundärbakterien eine agonale Erscheinung sei, konnte nicht bestätigt werden.

In sämtlichen 28 Fällen, bei denen gleichzeitig Darmtuberkulose vorlag, wurde auch der Kot untersucht. Es fanden sich immer Kolibazillen, aber keine Streptokokken, Typhus- oder Paratyphusbazillen. Es waren also bei Personen mit tuberkulöser Darmerkrankung im Blut keine Bakterien zu finden, die aus dem Darm ins Blutgefäßsystem hätten gelangt sein können. Rpd. jun.

Versuche antituberkulöser Immunisierung. Von August Lumière und J. Chevrotier (Note présentée par François-Franck). Comptes rendus de la soc. de biol.; 1911, LXXI, N. 33.

Courmont und Rochaix hatten abgetötete Typhuskulturen per os dargereicht und dadurch Immunisierung beim Typhus in ihren Versuchen erzielt. Aehnliches versuchten die Verfasser beim Tuberkelbacillus. Sie benutzten sowohl die Exotoxine, mit Ausschluß des Bazillus (filtrierte, aber nicht erhitzte Bouillonkulturen), als die Endotoxine, die toten Bazillen: Immersion in Azeton, Verdunstung im Vakuum. So werden zwar die Bazillen getötet, sie können weder kultiviert noch zu positiver Impfung gebraucht werden, — alle in ihrem Protoplasma enthaltenen Substanzen werden aber nicht geschädigt.

Die Immunisierungsversuche hatten keinen Erfolg. Die Tiere wurden nicht allein nicht gegen die Infektion resistent, sondern sie wurden sogar noch empfindlicher dagegen. Dr. Mayer-Simmern.

Welche Bedeutung haben die neueren Untersuchungsmethoden zur Frühdiagnose der Lungentuberkulose für den praktischen Arzt. Von Oberarzt Dr. Schwalm-Königsberg. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 13.

Verfasser erkennt den Wert und die guten Seiten der spezifischen Reaktionen an, warnt aber davor, sie zu häufig anzuwenden und zu großen Wert auf ihren Ausfall zu legen. Der Hauptwert müsse nach wie vor auf den Ausfall der sorgfältigsten klinischen Untersuchung — Körperwärme, Allgemeinzustand, Gewicht, Lungenbefund, Auswurf — gelegt werden; nur bei einem positiven klinischen Befund, der den dringenden Verdacht auf eine beginnende Lungentuberkulose rechtfertige, sei von den Tuberkulinreaktionen Gebrauch zu machen, sobald eine Sicherstellung der spezifischen Natur des Leidens auf anderem Wege nicht gelinge. Die subkutane Tuberkulinprobe werde am besten nur in einem Krankenhause vorgenommen, da genaue ärztliche Ueberwachung und Beobachtung unerläßlich sei. Rpd. jun.

Die spezifische Diagnostik der Tuberkulose. Von Prof. Dr. Jochmann-Berlin. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 31.

Eine zusammenfassende Uebersicht über die heutigen Methoden zur Erkennung der Tuberkulose, sei es durch Nachweis der spezifischen Erreger (Antiforminverfahren von Uhlenhuth usw.) oder durch Feststellung der für Tuberkulöse charakteristischen Tuberkulinempfindlichkeit. Verfasser unterzieht die einzelnen Tuberkulinreaktionen einer sachlichen Kritik und erwägt ihre Vor- und Nachteile. Die wertvollste Probe ist die subkutane, besonders weil neben der allgemeinen auch eine Herdreaktion zustande kommt. In einigen Fällen; z. B. bei Fieber, Haemoptoe, Verdacht auf Meningitis tuberculosa usw., ist sie jedoch kontraindiziert; hier ist die Pirquetsche kutane Reaktion vorzuziehen, da diese ohne Allgemeinerscheinungen verläuft. Die Pirquetsche Reaktion ist auch die gegebene Probe für das Kindesalter; sie gibt uns aber beim Fehlen jeder Herdreaktion keinen Aufschluß über den Sitz des Leidens, oder ob aktiv oder inaktiv. Die Ophthalmoreaktion ist sehr unsicher und dazu nicht ganz ungefährlich. Noch unsicherer ist die Morosche perkutane Probe. Sicherer sind die Escherichsche Stichreaktion und die intrakutane Probe nach Mantoux und Roux; sie haben aber mancherlei andere Nachteile, so daß sie die beiden ersten Proben nicht ersetzen können.

Rpd. jun.

Zur spezifischen Diagnostik der Tuberkulose. Von Dr. Joh. Longard Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; Nr. 19.

Das Tuberkulin ist als eins der wichtigsten diagnostischen Hilfsmittel anzusehen. Für seine Anwendung als Diagnostikum kommen die kutane, die konjunktivale und die subkutane Form in Betracht. Bei den 2 ersten Methoden bleibt die Einwirkung des Tuberkulins im wesentlichen auf den Bezirk der Einverleibung beschränkt, während die Injektion neben Reaktion der erkrankten Stelle Allgemeinerscheinungen zur Folge hat.

Das v. Pirquetsche Verfahren läßt bei positivem Ausfall nur bei Kindern im 1—2. Lebensjahre einen Schluß auf aktive Tuberkulose zu. Aehnliche Bedeutung hat die perkutane Probe mit der Moroschen Tuberkulinsalbe.

Die Ophthalmoreaktion ist nicht gefahrlos. Die Meinungen über ihren Wert gehen weit auseinander. Das größte Interesse beansprucht die subkutane Tuberkulinprobe in Verdünnungen von 0,2—1,0—5,0—10,0 mg.

Wichtig für die Diagnose ist, wenn neben Fieber mit seinen Begleiterscheinungen, Pulsfrequenz usw. Reaktionserscheinungen am erkrankten Herde auftreten. Verfasser erläutert dies an einem prägnanten Falle.

Die Erfahrungen der Beobachter sprechen dafür, daß die chirurgische Tuberkulose am intensivsten auf Tuberkulin reagiert. Bei der Lungentuberkulose treten häufig Herderscheinungen auf; sie können aber auch ausbleiben. Wertvoll ist die v. Rombergsche Beobachtung, wonach auch deutlich perkutorische Differenzen entstehen.

Kontraindiziert sind die Injektionen bei Neigung zu Haemoptoe (Ref. hat gegenteilige Erfahrungen hierbei gemacht), bei schweren inneren Leiden und Schwächezuständen, bei Verdacht auf Miliartuberkulose usw.

Dr. Dörschlag-Strelno.

Ueber den diagnostischen Wert der intrakutanen Tuberkulinreaktion. Von Dr. Romeo Monti-Wien. Wiener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 7.

Mantoux hat eine neue Modifikation der diagnostischen Tuberkulinanwendung angegeben. Er spritzte einen Tropfen einer Trockentuberkulinlösung im Verhältnis von 1 : 5000 in die Haut am Oberarm oder Oberschenkel. Er bekam dann eine charakteristische Schwellung und Rötung der Einstichstelle. Nach seinen Beobachtungen an einem größeren Material kam er zu dem Schluß, daß die Intradermoreaktion ungefährlich, aber genauer und empfindlicher als die Kutanprobe von Pirquet ist.

Die gleichen Beobachtungen hatten Mendel und weiterhin Hamburger gemacht. Letzterer wies auch mit Monti nach, daß diese Reaktion feiner als die Kutanprobe ist, eine Beobachtung, die durch zahlreiche weitere Untersuchungen von anderen Autoren bestätigt wurde. Nur Bandelier und

Röpke lehnen die intrakutane Tuberkulinreaktion ab, da sie viel schwieriger und schmerzhafter, als die Kutanreaktion ist.

Der Verfasser hat, um Klarheit zu verschaffen, die Reaktion an einem großen Krankenmaterial nachgeprüft. Er beschreibt eingehend die Technik. Nach seinen Erfahrungen gibt die intrakutane Probe bei sicher Tuberkulösen die gleichen Resultate, wie die kutane Probe; bei tuberkuloseverdächtigen Kindern war die intrakutane Impfung aber empfindlicher als die kutane.

Er stellte weiterhin Versuche an, ob ein Zusammenhang zwischen der Ausdehnung der Tuberkulose und der absoluten Tuberkulinempfindlichkeit besteht, in dem er nacheinander steigende Tuberkulinverdünnungen verimpfte. Er konnte aber keinen Zusammenhang feststellen und demnach auch keine brauchbaren Anhaltspunkte für die prognostische Beurteilung des Tuberkuloseprozesses liefern.

Ein besonderer Vorteil der intrakutanen Form der Tuberkulinimpfung gegenüber der subkutanen ist, wie der Verfasser ausführt, der, daß bei gleichem Resultat weniger Tuberkulin dem Organismus zugeführt wird.

Wenn die Pirquetsche Reaktion versagt, empfiehlt der Verfasser zum Nachweis der ev. latenten Tuberkulose die intrakutane Injektion eines Tropfens einer Tuberkulinlösung von 1 : 1000 oder 1 : 500.

Dr. Kurpjuweit-Swinemünde.

Die spezifische Erkennung und Behandlung der Tuberkulose. Von Dr. Saathof in Oberstdorf. Kuranstalt für innere Krankheiten. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 48.

Verfasser verbreitet sich nach einigen orientierenden Streifblicken in die Gebiete der Tuberkuloseinfektion und Immunität in längeren, äußerst interessanten und klaren Ausführungen über die diagnostische und therapeutische Verwendung des Tuberkulins und kommt auf Grund seiner Beobachtungen und Erfahrungen zu dem Schlußsatze, daß die Tuberkulinbehandlung generell geeigneter ist für Krankenhäuser, Heilstätten und Kassenpraxis als für die oberen Schichten der Bevölkerung, für robustere Naturen eher als für zarter konstruierte. Der größte Wert ist aber vor allem auf eine möglichst frühzeitige Erkennung der Tuberkulose zu legen, damit die Tuberkulinkur einsetzen kann, wenn dem Patienten noch die volle Reaktionsfähigkeit zu Gebote steht.

Bei richtiger Auswahl der Patienten, zeitig und richtig angewandt, vermag das Tuberkulin viel Segen zu stiften, in vielen Fällen die Krankheitsdauer zu verkürzen und manch chronisches Siechtum zu verhüten. Daneben bleiben aber die altbewährten Behandlungsmethoden, vor allem die physikalischen, zu vollem Recht bestehen; in manchen Fällen sind sie die einzigen, die vorwärts helfen können. Dr. Waibel-Kempten.

Bordet-Gengou'sche Reaktion auf Tuberkulose bei den Neugeborenen. Von Esther Rosencrantz (Institut Pasteur de Lille). Comptes rendus de la soc. de biol.; 1911, LXXI, Nr. 26.

Die Arbeit wurde auf den Rat von Prof. Calmette-Lille ausgeführt. Das zur Untersuchung benutzte Blut entstammte Neugeborenen aus der Maternité Baudelocque in Paris (Chef Prof. Pinard) und wurde nach Durchschneiden des Nabelstrangs und vor Austreibung der Plazenta aus dem Uterus gewonnen. Es wurden 100 Proben untersucht. Wenn als Antigen eine Emulsion von Bazillen diente, die bei 100° durch Wärme getötet waren, so war die Bordet-Gengousche Reaktion positiv in 31,3 %. Auf 100 in einer der wichtigsten Gebäranstalten von Paris untersuchte Neugeborene haben 31 in dem dem Nabelstrang entzogenen Blute tuberkulöse Antikörper. Eine Untersuchung des mütterlichen Blutes auf tuberkulöse Antikörper und der Mütter auf Kutanreaktion wurde der Verfasserin nicht gestattet. Dr. Mayer-Simmern.

Ueber Vergiftung mit den Riechstoffen der Tuberkelbazillen. Von Erich Leschke-Hamburg. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 12.

Verfasser hat an eigenem Leibe eine derartige Vergiftung, auf die schon wiederholt hingewiesen ist, durchgemacht. Er arbeitete mehrere Stunden mit Auflösungen von Tuberkelbazillen und untersuchte sie besonders auf ihre

Riechstoffe. Als er nach Hause kam, fiel sein bleiches Aussehen auf; nach 1 bis 2 Stunden wurde er so benommen und taumelich, daß er sich ins Bett legen mußte. Es traten dann Schüttelfröste und Temperatursteigerungen bis zu 39° auf, ferner Kopf- und Gliederschmerzen, sowie psychische Störungen in Form von Verwirrtheit, sinnlosem Gedankenablauf, starker Unruhe und Erregung, jedoch ohne Halluzinationen. Im Verlauf von zirka 12 Stunden ließen Schüttelfröste, Temperatursteigerung und die gröberen psychischen Störungen nach; Benommenheit, Kopfschmerzen und Erschwerung des Gedankenablaufes bestanden aber noch 3 Tage lang. Nach der ganzen Art der Erscheinungen und ihres Auftretens ist diese Riechstoffvergiftung als eine spezifische Ueberempfindlichkeitsreaktion anzusehen. Rpd. jun.

Kollapsinduration und Tuberkulose der Lungenspitzen. Von Dr. Maier-Freiburg. Medizinische Klinik; 1912 Nr. 4.

Häufiger werden dem Arzt Kranke mit der Diagnose „Tuberkulose der Lungenspitzen" zugewiesen, die einen deutlich krankhaften Befund speziell über der rechten Lungenspitze zeigen, ohne daß sich sonst die typischen Merkmale einer echten Tuberkulose finden. Es handelt sich hierbei meist um blasse und schwächliche Personen weiblichen Geschlechtes. Regelmäßig findet sich weiter bei diesen Kranken ein hochgradiger chronischer Nasenrachenkatarrh, durch den die Nasenatmung erschwert resp. behindert wird. Bleibt der Spitzenbefund bei solchen Leuten längere Zeit konstant, so ist er nach Ansicht des Verfassers sicher nicht als tuberkulös aufzufassen; wahrscheinlich handelt es sich dann um eine „kollaptive Induration", die Folge des durch die Mundatmung bedingten Katarrhs sei. Rpd. jun.

Ueber die Spätformen der Tuberkulose. Von Privatdoz. Dr. F. Hamburger, Vorstand der Kinderabteilung der allgemeinen Poliklinik in Wien. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 12.

Verfasser weist zunächst auf die bis in feine Details gehende Aehnlichkeit zwischen Tuberkulose und Syphilis hin, hält die Einleitung der Tuberkulose in ein primäres, sekundäres und tertiäres Stadium oder vielleicht besser in ein Frühstadium und ein Spätstadium prinzipiell von Bedeutung für das Verständnis der Tuberkulosepathologie und bemerkt, daß die Auffassung der so häufigen Lungentuberkulose des Erwachsenen als Spätform der Tuberkulose wohl nicht absolut neu ist. So haben bereits verschiedene Autoren, wie Andvoid, v. Behring, Pollak die Tuberkulose der Erwachsenen auf eine Infektion des Säuglings- bezw. Kindesalters zurückgeführt. Auch Verfasser bezeichnete bereits vor mehreren Jahren die Phthise als Spätform bezw. tertiäre Form der Tuberkulose und fand in gemeinschaftlichen Untersuchungen mit R. Monti diese Annahme gut begründet, insofern sich nach diesen Untersuchungen die überwältigende Mehrheit der Städtebevölkerung schon in der Kindheit, d. h. in den ersten zwölf Lebensjahren tuberkulös infiziert. Man konnte nun aus zweifellos richtigen Prämissen Schlüsse ziehen und zwar 1. die Tuberkulose macht im Kindesalter gewöhnlich andere Erscheinungen als beim Erwachsenen, und die Lungenphthise, die beim Erwachsenen so häufig ist, wird beim Kind nur selten gefunden; 2. wissen wir, daß die meisten Menschen schon in der Kindheit eine (wenn auch oft nur leichte) Tuberkulose durchmachen.

Auf Grund dieser Prämissen darf wohl der weitere Wahrscheinlichkeitsschluß gezogen werden, daß die Lungenphthise eine mehrere Jahre zurückliegende Infektion voraussetzt.

Verfasser stellt sich vor, daß die Lungentuberkulose des Erwachsenen auf einem Wiederaufflammen schon „verheilt" gewesener tuberkulöser Herde beruht und daß zum Ausbruch einer Phthise gar keine Infektion aus der letzten Zeit vor der Erkrankung unbedingt notwendig ist. Damit scheint der Dispositionsbegriff wieder mehr zu Bedeutung zu gelangen.

Verfasser sucht dann noch weitere Beweise für seine Anschauung zu erbringen und bezeichnet als Spätformen der Tuberkulose diejenigen Formen, von denen wir Grund haben anzunehmen, daß sie sich gewöhnlich nicht in der ersten Zeit nach der Infektion, sondern erst einige Jahre später entwickeln. Da man nun weiß, daß sich die überwiegende Majorität der Menschen schon in den ersten zwölf Lebensjahren mit Tuberkulose infiziert, so sind wohl alle die-

jenigen Formen der Tuberkulose als Spätformen zu bezeichnen, die hauptsächlich bei Erwachsenen und bei älteren Kindern vorkommen und im frühen Kindesalter nie oder fast nie beobachtet werden. Diese Spätformen der Tuberkulose kommen nicht deswegen erst bei älteren Individuen vor, weil dazu ein bestimmtes Alter des Individuums, sondern weil dazu ein bestimmtes Alter der Tuberkulose nötig ist.

Zu den Spätformen der Tuberkulose gehören: Die verschiedenen Formen der chronischen Lungentuberkulose (Phthise), die Larynxtuberkulose, der Tumor albus, viele Fälle von Knochentuberkulose, die Nierentuberkulose, der Lupus vulgaris, die chronische Iritis tuberculosa und die tuberkulöse Leberzirrhose, sowie die adhäsive Pleuritis und Pericarditis.

Diese Spätformen der Tuberkulose kann man ferner, abgesehen von der Lokalisation einteilen in ulzerös-destruktive und in chronisch-entzündliche (fibröse) Formen; die fibröse, mit Bindegewebswucherung einhergehende Form gilt allgemein als die gutartigere. Beide Formen schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern kommen im Gegenteil sehr häufig kombiniert in demselben Organismus vor.

Am Schlusse seiner interessanten Ausführungen hebt Verfasser nochmals hervor, daß wir bei Einteilung der Tuberkulose in ein Früh- und in ein Spätstadium auch verstehen, warum sich gewisse Tuberkuloseformen (vor allem die Lungenphthise) erst bei älteren Individuen finden, warum sowohl solche Menschen phthisisch werden, die in der Kindheit manifest tuberkulös waren, als auch solche, die in der Kindheit scheinbar tuberkulosefrei geblieben waren. In letzterem Fall war eben das Sekundär- oder Frühstadium klinisch völlig latent verlaufen. Es können eben alle Menschen tertiär i. e. phthisisch werden, die in der Kindheit infiziert worden waren, gleichgültig, ob sie manifest erkrankt waren oder nicht.

Schließlich stellt Verfasser noch Betrachtungen darüber an, ob nicht vielleicht ähnlich wie für Syphilis und Tuberkulose auch für die Lepra eine Stadieneinteilung ins Auge zu fassen und auch diese Krankheit nur das Tertiärstadium einer Erkrankung ist, die im Frühstadium oft oder meistens latent verläuft. Dr. Waibel-Kempten.

Die Notwendigkeit und Möglichkeit ambulanter Tuberkulinbehandlung durch den praktischen Arzt. Von Dr. Blümel-Halle a. S. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 11.

Verfasser kommt in seinen längeren Ausführungen zu folgendem Schluß:

1. Es ist dringend notwendig, daß der praktische Arzt an der Tuberkulosebekämpfung aktiven Anteil nimmt durch entsprechende physikalische und spezifische Behandlung seiner Kranken, nicht nur der früheren Heilstättenpfleglinge.
2. Es ist durchaus möglich, die Tuberkulose- und Tuberkulinbehandlung (mit den erwähnten Einschränkungen) ambulant durchzuführen.
3. Die nötigen Kenntnisse werden am besten während eines mehrwöchentlichen Heilanstaltsaufenthalts in entsprechenden Kursen oder in Fortbildungskursen erworben.
4. Nur gut ausgebildete Therapeuten dürfen diese Behandlung anwenden.

Rpd. jun.

Verbreitung und Bekämpfung der Tuberkulose im Amtsbezirk Lichtenfels. Von Bezirksarzt Dr. Zorn-Lichtenfels. Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin und Sanitätspolizei; 62. Jahrg., Heft 1 und 2.

Der Amtsbezirk Lichtenfels in Oberfranken hat eine enorm hohe Tuberkulosesterblichkeit. Während in den Jahren 1900—1906 auf je 10000 Einwohner in Oberfranken in Durchschnitt 25,9, in Bayern 28,1 Personen an Tuberkulose starben, betrug diese im Amt Lichtenfels 38,3. Die Orte am Main, deren Einwohner fast durchweg von Korbmacherei leben, sind besonders verseucht.

Der Grund zu dieser Verseuchung liegt zum großen Teil in der in jeder Beziehung vorhandenen enormen Unsauberkeit und den schlechten Wohnungsverhältnissen. Meistens ist nur ein Raum vorhanden, der nicht nur zum Wohnen, Schlafen und Kochen, sondern auch als Aufenthaltsraum für Hühner,

Gänse, Enten, ja selbst Schweinen dient. Dazu kommt Ueberfüllung der Wohnungen infolge reichen Kindersegens; Gesunde und Kranke schlafen durcheinander in den gleichen Betten. Verfasser konnte in einem Falle feststellen, daß sich 11 Personen in 3 Betten teilten. Besonders häufig teilen die Kinder mit den Großeltern das Bett, was, da diese gewöhnlich tuberkulös sind und in besonders schlechten Stuben schlafen, natürlich die Ansteckung sehr befördert. Der Grund dafür ist oft nicht das Fehlen von Betten, sondern der mangelhafte Platz, um Betten zu stellen. Außerdem werden die Wohnungen schlecht oder garnicht gelüftet: es herrscht eine schwüle, feuchte Luft darin, die die Leute ihres Materials wegen noch künstlich erhalten, weil sie glauben, das Lüften schade dem zum Korbflechten benutzten Material. Treten sie dann, um ihre Bedürfnisse zu verrichten, aus den dunstigen Stuben, so sind sie bei den überaus mangelhaften Abortverhältnissen, in zugigen, kalten Bretterhäuschen natürlich einer Erkältung sehr stark ausgesetzt. Ganz besonders leichtsinnig wird mit dem Auswurf umgegangen; wo gerade Platz ist, wird er hingespuckt. Auch die von Schwerkranken übrig gelassenen Speisen werden ruhig von den anderen Familienmitgliedern verzehrt. Weiter werden durch die schlechte Kochkunst der Frauen die Männer vielfach in Wirtshaus getrieben; der Alkoholkonsum ist daher sehr hoch. Die Leute sind leichtsinnig, sparen trotz guten Verdienstes nicht, so daß sie in schlechten Zeiten hungern müssen. Auch wird ganz unsinnig, ohne Rücksicht auf Krankheit, und zu früh geheiratet. Ferner müssen die Kinder schon sehr früh mitverdienen helfen. Gesunde Arbeit gibt es wenig; die Landwirtschaft geht immer mehr zurück.

Um eine umfassende Fürsorge durchführen zu können, setzte Verfasser zuerst die Anzeigepflicht für Tuberkulose-Todesfälle und derjenigen Erkrankungsfälle, die eine direkte Gefahr für die Umgebung bilden, durch (durch Verordnung des Ministeriums vom 9. Mai 1910 ist die Anzeigepflicht für Todesfälle und für Erkrankungen in Schulen und dergl. inwischen in ganz Bayern durchgeführt. Anm. des Ref.). Der anzeigende Arzt macht gleich provisorische Vorschläge über Desinfektion usw., da bei dem großen Bezirk mit schlechten Verbindungen der Amtsarzt unter Umständen erst sehr spät eingreifen kann. Dieser gibt dann noch weitere Verhaltungsmaßregeln, läßt Merkblätter verteilen; auf gründliche Desinfektion wird großer Wert gelegt. Weiter wirkte Verfasser auf größere Reinlichkeit hin; die Anlage von Wasserleitungen und Bäder wurde mit gutem Erfolg in die Wege geleitet. Es wurde eine Fürsorgestelle eingerichtet, von der Spuckschalen und Spuckflaschen bereitwilligst und event. unentgeltlich abgegeben werden. In der Schule ist das Ausspucken verboten; der Schulunterricht wird überhaupt im weitesten Sinne benutzt, um die Kinder über das Wesen der Tuberkulose zu unterrichten. Tuberkulöse Lehrer und Lehrerinnen dürfen, sobald sie Tuberkelbazillen aushusten, nicht unterrichten. Auch die Anstellung von Schulärzten ist jetzt in Aussicht genommen.

Durch geeignete Vorträge mit Lichtbildern wurde nach Möglichkeit versucht, das Publikum aufzuklären. Verfasser hielt außerdem Krankenpflegerinnenkurse ab, um Helferinnen und Pflegerinnen zur Seite zu haben, die für die gute Sache Propaganda machten; sie sollen ebenso, wie die Hebamme, mit zur Aufklärung und Belehrung des Publikums dienen. Da die Kranken sich vielfach scheuen, zur Fürsorgestelle zu kommen und dort etwas zu verlangen, wurden Meldescheine ausgestellt, die von dem behandelnden Arzt ausgefüllt und zur Fürsorgestelle geschickt wurden. Von dort wurden dann die nötigen Maßregeln getroffen, Nahrungsmittel, Pflege usw. beschafft oder auch Aufnahme in eine Anstalt eingeleitet. Weiter soll jetzt eine Verleihanstalt medizinischer Bedarfsartikel, wie Luft- und Wasserkissen, Badewannen, Nachtstühle und dergl. eingerichtet worden; späterhin soll damit eine Bücherei verbunden werden. Dann ist in Aussicht genommen, für die Pflegefrauen Kochkurse abzuhalten. Ferner sollen Wohnungsbau-Genossenschaften gegründet werden, um für bessere Wohnungen zu sorgen; die Beleuchtungsverhältnisse sollen gebessert, Leichenhäuser erbaut werden. Schließlich soll eine bakteriologische Untersuchungsanstalt eingerichtet werden.

Indirekt wird die Tuberkulose noch bekämpft durch Still-Propaganda, Wöchnerinnen- und Säuglingsfürsorge und durch Förderung der Jugendfürsorge. Für sehr wesentlich hält Verfasser auch die Bekämpfung der Kurpfuscherei und die strenge Beaufsichtigung der Schrankdrogerien auf dem Lande.

Rpd. jun.

Bericht über die Tätigkeit des Kreiskomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose im Kreise Kreuznach für die Zeit vom 1. Januar 1911 bis 31. Dezember 1911. Von Nasse. Kreuznach 1912.

Aus dem Berichte ist hervorzuheben, daß nahezu alle Krankenkassen des Kreises Kreuznach zur Bekämpfung der Tuberkulose einen jährlichen Beitrag spenden und außerdem für jedes Kassenmitglied, das auf Kosten des Kreiskomitees in einer Heilstätte, einem Krankenhause oder in einem Erholungsheim untergebracht wird, einen täglichen Zuschuß von 2,50 Mark bewilligen. Ferner zahlen die meisten Bürgermeistereien einen Beitrag von 5 Pfg. pro Kopf der Bevölkerung.

Auf Anregung des Oberpräsidenten der Rheinprovinz soll in Kreuznach, wo auch die Radiumbehandlung einsetzen kann, für die Behandlung von Lupuskranken eine besondere Anstalt errichtet werden. Bisher sind bereits 14 Lupuskranke durch Kreisarzt Dr. Vollmer in Fürsorge genommen werden.

Dr. Mayer-Simmern.

Jahresbericht über die Ergebnisse der Tuberkuloseforschung 1910. Von Chefarzt Dr. F. Köhler in Holsterhausen. Klinisches Jahrbuch; 1911, Bd. 25, 4. H.

Der zum ersten Male erscheinende Jahresbericht gibt eine zusammenfassende Darstellung der wichtigsten literarischen Erscheinungen aus dem Gebiete der Tuberkuloseforschung. Ein ausführliches Autoren- und Sachregister ist am Schluß beigefügt. Dr. Dohrn-Hannover.

Die Tuberkulose bei Volksschullehrern. Von Kreisarzt Dr. Rathmann in Düsseldorf. Klinisches Jahrbuch; 1911, Bd. 25, H. 4.

Angeregt durch die Arbeit von Schmidt über die Häufigkeit der Tuberkulose bei Volksschullehrern hat R. Untersuchungen an einem genau nachgeprüften Aktenmaterial des Regierungsbezirks Düsseldorf über 470 Lehrpersonen vorgenommen. Er kommt zu dem Resultat, daß die Verbreitung der Tuberkulose im Lehrerstande nicht größer als in den anderen Kreisen der Bevölkerung ist.

Bei der sorgfältigen Auslese und ärztlichen Nachprüfung des Lehrerpersonals ist auch von vornherein kein erheblich hoher Prozentsatz von Tuberkulösen zu erwarten. Der Seminaraufenthalt kann nach R.s Untersuchungen nicht als disponierend gelten. Eher lassen sich Bedenken gegen die Unterbringung der jungen Leute in den engen Zimmern von Pensionen erheben.

Dr. Dohrn-Hannover.

Die Lungen- und Kehlkopftuberkulose als Ausscheidungsursache bei den in den letzten 20 Jahren im Stadtkreise Düsseldorf vor Ablauf des 65. Lebensjahres pensionierten und gestorbenen Lehrpersonen. Von Stadtassistenzarzt Dr. Fr. Schürmann in Düsseldorf. Klinisches Jahrbuch; 1911, 25. Jahrg., 4. Heft.

In einer Arbeit über die Tuberkulose bei Volksschullehrern hatte Schmidt auf Grund des Düsseldorfer Materials die Behauptung aufgestellt, daß die Lungen- und Kehlkopftuberkulose unter dem Volksschullehrerstand in sehr erheblichem Umfange verbreitet ist. Verfasser hat eine Nachprüfung dieser Arbeit vorgenommen und die Akten von 91 Personen (43 Lehrern und 48 Lehrerinnen) in dieser Richtung nachgeprüft.

Das Resultat der Arbeit ist folgendes: Für den Stadtkreis Düsseldorf spielt die Lungen- und Kehlkopftuberkulose nicht die unheilvolle Rolle, die ihr von Schmidt supponiert worden ist. Die Gefahr für das Lehrpersonal, dieser Krankheit zum Opfer zu fallen, sei es durch Pensionierung, sei es durch Tod, ist nach den bisherigen Erfahrungen eine äußerst geringe. Damit scheidet auch jeder Anlaß zur Beunruhigung für die Düsseldorfer Eltern aus, daß ihre Kinder durch tuberkulöse Lehrpersonen infiziert werden können.

Dr. Dohrn-Hannover.

Die zwangsweise Isolierung von Fällen von Lungentuberkulose in St. Helens. Public health; XXV, 1911, Nr. 2.

St. Helens ist die erste englische Ortsbehörde, die die Befugnis zur

zwangsweise durchzuführenden Isolierung von Tuberkulösen erlangt hat (§ 93 des St. Helens Corporation act). Verlangt werden: ein Gutachten des Amtsarztes über Infektiosität des Kranken, mangelhafte Wohnungsverhältnisse und ungenügenden Schutz der Umgebung gegen die Ansteckung, ferner eine Entschädigung der Angehörigen wegen des entgangenen Arbeitsverdienstes des Ernährers durch die Stadtbehörde, eine Darlegung der Verhältnisse vor dem Gerichtshof, dem schleunige Jurisdiktion zusteht, und schließlich Unterbringung in einem passenden Krankenhause, das, wenn es sich um Arme handelt, von der Armenbehörde unterstützt sein muß. Die Isolierung soll 3 Monate dauern. Nach Ablauf von 6 Wochen kann die Sache wieder vor dem Gerichtshof verhandelt werden, der nach dem Gutachten des Amtsarztes die erste Anordnung gegebenenfalls zurückziehen kann. Dr. Mayer-Simmern.

Die Tuberkulosebekämpfung in Ipswich. Mit Abbildungen. Von A. M. N. Pringle, D. P. H., M. O. H. Ipswich, Public health, XXIII, Nr. 3, 1911.

Ein Vortrag des Verfassers über Tuberkulosebekämpfung hatte zur Folge, daß Beträge gezeichnet wurden, die zwischen 1 penny und 5000 £ schwankten. Summen, die zur Errichtung einer Heilstätte sofort ausreichten. Anzeigepflichtig ist in Ipswich die Tuberkulose in allen Fällen seit 1. Dezember 1911.

Die Heilstätte kostet 15000 £, und enthält 65 Betten; 40 Freibetten gehören der Stadt. Die zahlenden Kranken benutzen die übrigen 25 gegen Entschädigung von 30 s pro Woche. Vor dem Bau wurden die berühmtesten englischen Sanatorien vom Amtsarzt und vom Architekten besucht. Das Bett kommt auf 230 £. Da die ganze Einrichtung eine Gedächtnisstiftung der Stadt zu Ehren des Königs Eduard werden sollte, so wurde nicht gespart. — Vier Schutzhütten (shelters) werden zurzeit innerhalb der Stadt an die Kranken verliehen, die im Isolierkrankenhaus eine Zeit lang untergebracht waren. — Die Obliegenheiten der städtischen Pflegerinnen sind ähnlich wie in Steffield.[1] Sie forschen nach den Kontakten, während in der Schule die Schulschwester durch sie unterstützt wird. Der Schularzt hinwiederum besucht jede Schule alle 3 Wochen und wird von der Schwester auf die Fälle aufmerksam gemacht, die ihr als Kontaktfälle mitgeteilt sind. Armenärzte, Krankenhausärzte und schließlich auch die Hausärzte wirken gemeinsam in dem Kampfe gegen die Tuberkulose mit. Dr. Mayer-Simmern.

Zur Tuberkulosestatistik. Von Prof. M. Mosse. Berliner klinische Wochenschrift; 1911, Nr. 51.

Unter Berücksichtigung der Literatur und auf Grund eigener Studien kommt Verfasser zu dem Schluß, daß das soziale Milieu die Morbiditätsverhältnisse der Tuberkulose stark beeinflußt. Mit dem Steigen der Einnahmen sinkt die Erkrankungsziffer, während sie bei ungünstigen Lohnbedingungen steigt. Die Bekämpfung der Tuberkulose hat im Kochschen Sinne zu erfolgen. Dr. Meinicke-Hagen i. W.

Tuberkulose in der englischen Armee. Public health; XXII, 1911, Nr. 3.

Der Unterstaatssekretär des Krieges teilte im Unterhaus auf Anfrage mit, daß im Jahre 1908 auf eine Jahresstärke von 223744 Mann 306 wegen Tuberkulose entlassen worden seien = 0,14 %. 1909 waren die Zahlen: 231316 und 339 = 0,15 % und 1910: 230500 und 285 = 0,12 %.

Dr. Mayer-Simmern.

Anbringung von Spuckverboten in Eisenbahnwagen. Gutachten der Königlichen Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen vom 21. Juni 1911. Referenten: Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Gaffky und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kraus. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Dritte Folge, XLII. Band, 2. Heft, Jahrgang 1911, 4. Heft.

Durch das Ausspucken auf den Fußboden der Eisenbahnabteile können die Mitreisenden nicht nur belästigt, sondern auch an ihrer Gesundheit gefährdet

[1] Diese Zeitschrift; 1911, S. 70 (H. Scurfield).

werden. Zwar haben entsprechende Untersuchungen von Petri und Praußnitz ergeben, daß kaum 3 Prozent der auf Meerschweinchen verimpften Staubproben aus Eisenbahnabteilen tuberkelbazillenhaltig waren, aus vorher gereinigten Wagen sich sogar bazillenfrei zeigten, trotzdem ist es als ein unbedingt anzustrebendes Ziel zu betrachten, daß das Ausspucken auf den Fußboden durch Anbringung eines Spuckverbots nach Möglichkeit verhütet wird; denn nur so hat das reisende Publikum auch das Recht, von dem Beamtenpersonal zu verlangen, daß gegen solche Reisende eingeschritten wird, die rücksichtslos den Fußboden des Abteils verunreinigen. Der Einwand, durch ein solches Verbot könne das ästhetische Gefühl des Publikums verletzt werden, ist nicht stichhaltig, schon deshalb nicht, weil das Spucken auf den Fußboden auch seitens weniger ästhetisch veranlagter Reisender als viel verletzender empfunden würde, als das bloße Spuckverbot, zumal über dasselbe dort, wo es besteht, bisher nie Beschwerden bekannt geworden sind.

Dr. Hillenberg-Zeitz.

Die Spuckflasche eine Illusion. Von Dr. Liebe-Waldhof Elgershausen. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 44.

Verfasser behauptet und zwar mit gutem Grund, daß der Glaube, Tuberkulöse, die in der Anstalt den Gebrauch der Spuckflasche gelernt haben, würden diese auch außerhalb der Anstalt weiter benutzen, Illusion sei. Weitaus die größere Menge täte es nicht. Am meisten würde sie noch zu Hause gebraucht, auswärts und auf der Arbeitstätte aber sehr wenig. Der Gebrauch verursache ihnen viele Unannehmlichkeiten, sie seien dem Spott und Angriffen anderer Arbeitskollegen ausgesetzt und würden bei der heutigen Bakterienfurcht gemieden. Wer die Flasche außerhalb des Hauses weiter gebrauchen wolle, müsse sich von jeder Geselligkeit zurückziehen. Ihr Gebrauch im Beruf ist vielfach zu unbequem und direkt schwierig. So kann z. B. ein Chauffeur weder auf der Fahrt noch ein Bäcker beim Backen die Spuckflasche ziehen; auch kann die Zerbrechlichkeit der Flasche bei vielen Berufen unangenehme Folgen haben. Ein gute Flasche muß daher aus Metall, nicht zu groß, leicht zu öffnen und doch so fest verschließbar sein, daß nichts herausläuft. Trotzdem findet auch eine solche keinen Anklang; denn eine Firma, die derartige Flaschen vertrieb, hat ihre Herstellung wieder aufgegeben, weil sie die Flaschen nicht los wurde.

Weniger verfehmt wie die Flasche sei der Spucknapf, der aber nur brauchbar sei, wenn er entweder in Mundhöhe angebracht sei, was im Privathaus nie geschehe, oder wenn er genügend groß und zweckmäßig genug eingerichtet sei. Ein Ausweg seien auch die von anderer Seite empfohlenen auswechselbaren Tascheneinsätze oder die Sitte der Japaner, zum Spucken oder Schneuzen kleine Papiertücher zu benutzen, die dann in papierkorbähnlichen Gefäßen gesammelt werden.

Rpd. jun.

---

8. Jugendwohlfahrt. Jugendspiele und Leibesübungen.

Ist die Jugendfürsorge für die schulentlassene weibliche Jugend weniger notwendig als für die männliche? Von Fr. Lempfert-Potsdam. Jugendfürsorge; 1912, Nr. 3.

Nach der Ansicht des Verfassers ist sie noch notwendiger im Hinblick auf die Bedeutung der Frau für die Familie und somit für unser ganzes Volk. Eine Regelung der weiblichen Jugendpflege ist deshalb recht bald erwünscht.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Mittelständische Jugendwohlfahrt. Von F. Giese. Jugendfürsorge; 1912, Nr. 1.

Die drei Richtungen der staatlichen Jugendwohlfahrt umfassen: Staatliche Ortsvergünstigung, Eisenbahnfreifahrt zu Studienzwecken und Ferienkolonien. Zur ersten Abteilung gehört der freie Eintritt zu staatlichen Einrichtungen am Wohnorte (also zu Museen, Sammlungen, Anlagen, Schlösser soweit sie dem Publikum geöffnet sind), eventuell zu Theatern an einigen Abenden. Das zweite Gebiet gilt der kommenden Fürsorge. Bedingung wie Umfang sind wie bei der staatlichen Jugendwohlfahrt zu handhaben. Auch

hier läßt sich ein umfassendes Wort finden: „Jugendheim“, das drei Einzelgruppen in sich schließt, nämlich: Kosthaus, Arbeitsraum, Gesundheitsgruppe. An dem Essen dürfen nicht nur die Pensionäre teilnehmen, sondern — für etwa 30—40 Pfg. — auch andere Kinder, welche vorübergehend oder dauernd nicht daheim speisen können. Geschlecht und Alter werden beim Essen nicht getrennt. Der Arbeitsraum besteht aus mindestens 5 Sälen, die mit großen Tischen versehen versehen sind. 1. Lesesaal, 2. Schreibraum, 3. Unterhaltungszimmer, 4. Raum der Kunst und Wissenschaft, 5. Konstruktionssaal. Der dritte Teil der Anlage gehörte der Gesundheitsgruppe (Ball-, Spiel-, Tennis- und Rollschuhplätze, die Eisbahn und eine Schwimmanstalt) mit Trennung nach Geschlecht und Alter. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Zur Physiologie der Spiel- und Leibesübungen. Von Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Zuntz-Berlin. Blätter für Volksgesundspflege; 1911, H. 11.

Bei der Ueberwachung der Leibesübungen sind zu beachten:

1. Geschicklichkeit und systematische Entwicklung der Muskulatur.

2. Vermeidung einer Ueberanstrengung. Deshalb ist bei allen Spielen darauf zu halten, daß nur der Maximales leistet, der dazu fähig ist, das ist die Aufgabe, die der Leiter der Spiele nie aus den Augen verlieren darf. Durch diese Ueberwachung der Leistungen, durch Beschränkung des Ehrgeizes derer, die zu Maximalleistungen nicht fähig sind, wird man es erreichen, daß allmählich auch diejenigen für die Jugendspiele gewonnen werden, die jetzt noch, auf üble Erfahrungen gestützt, Angst haben, daß damit dem Kinde geschadet werden könne. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Anlage von öffentlichen Spiel- und Erholungsplätzen in Stadtgebieten. (§ 18f des Sächsischen Allgem. Baugesetzes.) Von Dr. med. Hans Franke. Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentl. Gesundheitspflege; 43. Bd., 4. Heft.

Auf Grund allgemein hygienischer Betrachtungen und unter kritischer Berücksichtignng des auf diesem Gebiete in den einzelnen Städten des Reiches bisher Geleisteten kommt Verfasser in einer sehr lesenswerten Abhandlung zu folgenden Schlüssen:

1. Wünschenswert ist es, daß wenigstens 7% einer Stadtfläche auf öffentliche Erholungs- und Spielplätze fallen. Die für diesen Zweck in Frage kommenden Flächen müssen rechtzeitig sicher gestellt werden.

2. Die Erholungsplätze sind in Form von Erholungsstraßen, Parkpromenaden, Gartenplätzen, Laubenkolonien, Parkgärten und vor allem Waldparks anzulegen. Diese Stätten müssen leicht erreichbar und hygienisch einwandfrei sein.

3. Soweit diese Erholungsplätze mit Spielplätzen für die Jugend nicht verbunden sind, müssen besondere, leicht erreichbare Spielplätze in gesunder, freier Lage angelegt werden, deren Bodenbeschaffenheit, Aborte, Wasserversorgung usw. einwandfrei ist.

4. Nicht nur für turnpflichtige Knaben, sondern auch für turnpflichtige Mädchen und für den ältesten Jahrgang der nicht turnpflichtigen Jugend sind Spielplätze zu schaffen.

5. Die Einrichtung voller Spielnachmittage ist anzustreben und bei Verteilung der Spielenden auf vier Nachmittage für die turnpflichtigen Knaben 50 qm, für die übrigen Spielberechtigten 30 qm Spielfläche zu verlangen.

6. Als Notbehelf für die turnpflichtige Jugend sowie als ständige Spielplätze für die jüngste, nichtturnpflichtige Jugend sind hygienisch einwandfreie Schulhöfe zu benutzen und für das Kind 3 qm Raum zu fordern.

7. Zur Ergänzung der Spielplätze sind im Innern der Häuserblocks Nachbarschaftsspielplätze anzulegen.

8. Für die kleinsten Kinder sind Gartenanlagen oder in Verbindung mit anderen Spielplätzen Kleinkinderspielplätze anzulegen. Besondere Sorgfalt ist auf die Anlage und Erhaltung von Sandhaufen zu legen.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

---

3. Krankenpflege.

Die Krankenpflege auf dem Lande in ihrer allgemeinen und volkswirtschaftlichen Bedeutung. Von Geh. Med.-Rat Dr. Heinemann-Cassel. Kreis- und Gemeindeverwaltung; 1912, Nr. 1.

Außer vielen anderen Vorschlägen zur Besserung hygienischer Kultur auf dem Lande empfiehlt der Verfasser mit Recht die Ausbildung von freiwilligen Helferinnen und Helfern. Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

4. Krankenanstalten.

Leitender Arzt und leitender Verwaltungsbeamter. Von B. Zeidler. Zeitschrift für Krankenanstalten; 1911, Nr. 46—47.

Der Verfasser ist nicht davon überzeugt, daß unter den heutigen Verhältnissen — von Ausnahmen abgesehen — es zweckmäßig ist, den ärztlichen Leiter zum verantwortlichen Leiter auch des Wirtschaftsbetriebes zu machen; er erkennt aber an, daß nur hervorragende Kräfte zur Leitung des Verwaltungsgeschäftes berufen werden dürfen, daß bei der Auswahl nicht immer mit genügender Sorgfalt verfahren ist und daß auf die Spezialausbildung solcher Kräfte nicht genügender Wert gelegt wird. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Bilden Heilstätten für Lungenkranke eine Gefahr für ihre Umgebung? Gutachten, erstattet von Privatdozent Dr. Josef Sorgo, Direktor der Heilanstalt Alland. Wiener klinische Wochenschrift; 1912, Nr. 5.

Eine Gefährdung der Umgebung von Lungenheilstätten würde zunächst durch die vermehrte Ausstreuung von Bazillen durch die Kranken verursacht werden können. Dieser Möglichkeit arbeitet aber die systematische Fürsorge für Unschädlichmachung des Auswurfs und die Erziehung zur Reinlichkeit entgegen. So ist in der Umgebung der Heilanstalt Alland unter 17 Kindern von Anstaltsbediensteten, welche 8—13 Jahre im Anstaltsbereiche wohnen, nicht ein Fall von Tuberkulose bekannt geworden.

Noch weniger ist seit dem Bestehen der Anstalt in der Bevölkerung eine Zunahme der Tuberkulosesterblichkeit eingetreten. Im Gegenteil haben das Beispiel hygienischer Lebensführung und die von der Heilstätte unablässig hinausgetragenen hygienischen Belehrungen eine Besserung der hygienischen Verhältnisse zur Folge gehabt. Dr. Dohrn-Hannover.

---

5. Irrenfürsorge.

Die Entwicklung der Familienpflege. Von Dr. Kieserling-Lublinitz Zeitschrift für Krankenanstalten; 1912, Nr. 2.

In Lublinitz befinden sich 10 % der Gesamtzahl der Geisteskranken in Familienpflege; von Mißerfolgen blieb die Anstalt verschont. Die möglichst weite Ausdehnung der freien Verpflegung liegt aber nicht nur im Interesse der Kranken und der überfüllten Anstalten, sondern ist wesentlich auch im Interesse der gesamten Irrenfürsorge. Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

6. Krüppelfürsorge.

Die Entwickelung der neueren Krüppelfürsorge. Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene u. Medizinalstatistik am 7. November 1911 von Prof. Dr. Biesalski-Berlin. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1912, Nr. 2.

Vortragender spricht über die glänzende Entwickelung, die die deutsche Krüppelfürsorge in den letzten Jahren genommen hat, hauptsächlich unterstützt von Hoffa, Dietrich und Mayer. Er gedenkt seines eigentlich „ungeheuerlichen" Planes, eine das ganze Reich umfassende Statistik in die Wege zu leiten.

Der Krüppel sei jetzt als Kranker bezeichnet. Man habe der sozialen Frage Rechnung getragen und die Krüppel unterschieden in heimbedürftige und nicht heimbedürftige. Von den im Jahre 1906 in Deutschland vorhandenen 100000 Krüppeln unter 15 Jahren waren nach ärztlichem Urteil nur 56000 heimbedürftig. Ihnen gegenüber standen 1911 36 Anstalten mit noch nicht 4000 Betten. Die häufigsten Leiden sind Lähmungen, Tuberkulose, Skoliose, Rhachitis. Durch Unfall waren ca. 10000 Kinder verkrüppelt.

Die Krüppel sollen erwerbsfähig, aus Almosenempfängern sollen Steuerzahler gemacht werden. Wenn auch nach Rosenfeld die fachärztliche Behandlung der Krüppel vielleicht die Kosten der Fürsorge um 40 °/₀ steigert, so wird dieser Mehraufwand dadurch wett gemacht, daß nach drei Jahren ein Drittel bis zur Hälfte der Krüppel als wirtschaftlich selbständig aus der Anstaltsbehandlung ausscheiden können.

Die Krüppelfürsorge gliedert sich in Klinik, Schule und Handwerkslehre. Frohsinn und Lebensfreudigkeit, getroste Aussicht in die Zukunft sollen in dem Krüppelhause herrschen. Bei der Krüppelarbeit muß die Qualität die Quantität ersetzen. Die Zahl der Krüppelheime ist gestiegen von 39 auf 50, und wenn die ein und demselben Besitzer gehörigen Anstalten einzeln gezählt werden, sogar auf 56. Außerdem beschäftigen sich 21 Vereine mit Krüppelfürsorge. Von diesen Anstalten sind 26 evangelisch, 5 katholisch und 19 interkonfessionell.

Für die nicht heimbedürftigen Krüppel ist der Ausbau von Fürsorge- und Beratungsstellen notwendig, die mit orthopädischen Polikliniken verbunden sind. Aufklärung sei die Parole, und deshalb sei auch die Dresdener Hygiene-Ausstellung lehrreich gewesen, wo ein eigener Pavillon für die Krüppelfürsorge errichtet gewesen ist, der während des Sommers 320000 Besucher gehabt hat. Dr. Hoffmann-Berlin.

---

7. Bäder.

Die Anwendung von Kohlensäure-, elektrischen und sonstigen sog. medizinischen Bädern ohne ärztliche Verordnung. Gutachten der Königlich Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen vom 21. Juni 1911. Referenten: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kraus und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Heffter. Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin und öffentl. Sanitätswesen; Dritte Folge, XLII. Band, 2. Heft, Jahrg. 1911, 4. Heft.

Die wissenschaftliche Deputation faßt ihre gutachtlichen Darlegungen in folgende Sätze zusammen:

1. Die Anwendung eingreifender Kurformen in den Badeorten und den einschlägigen Anstalten der größeren Städte bloß von ärztlicher Verordnung abhängig zu machen, ist nicht durchführbar.

2. Dagegen halten wir es für erwünscht, daß die von ihren Aerzten beratenen Badeanstalten angewiesen werden,

a) selbst, je nach Maßgabe der gegebenen Bedingungen, für einzelne Kurformen ärztliche Verordnung zu verlangen,

b) ihre Gäste in geeigneter Weise (durch Prospekte, Badekarten, Anschläge usw.) zu warnen, sämtliche eingreifende Kurmittel ganz ohne ärztlichen Rat zu brauchen. Dr. Hillenberg-Zeitz.

---

8. Hebammenwesen.

Die Beschaffenheit der für Hebammen bestimmten Kresolseifen unter dem Einfluß des Min.-Erl. vom 19. Oktober 1907 und des D. Arzneibuches, Ausg. V. Von Prof. Dr. C. Arnold-Hannover. Desinfektion; 1912, Nr. 2.

Der Verfasser hat in 1908 und 1911 verschiedene Kresolseifen einer vergleichenden Untersuchung unterzogen, die ausdrücklich für den Gebrauch für Hebammen eingekauft wurden und aus Apotheken und Drogerien stammten. Im vorigen Jahr schwankte der Kresolgehalt zwischen 54 und 34 °/₀, der Wassergehalt zwischen 14,5 und 37 °/₀ und der Seifengehalt zwischen 22 und 40 °/₀. Die vorliegende Untersuchung beweist, daß es für die Regierung sehr schwierig ist, für die Gleichmäßigkeit und Vorschriftsmäßige Beschaffenheit eines verhältnismäßig so einfach herzustellenden Präparates wie die Kresolseife ist, die Gewähr zu übernehmen. Nach dem Gesagten erübrigt sich fast die Bemerkung, daß auch die Beschaffenheit der verwendeten Kresole resp. deren Siedepunkte, mit einer Ausnahme, nicht den Vorschriften entsprochen hat, während die Preise, die für derartige Präparate bezahlt werden, vielfach höher sind als die für Lysol. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Unterricht der Hebammenschülerinnen in der Säuglingspflege und Säuglingsfürsorge. Von Direktor Dr. Baum-Breslau. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1911, Nr. 12.

Die Bestrebungen für Säuglingsschutz können der Mithilfe der Hebammen nicht entraten. Wenn auf dem letzten internationalen Kongreß für Säuglingsschutz gegenteilige Ansichten laut geworden sind, so fürchtet Verfasser, daß sie nicht objektiv genug den einmal bestehenden Verhältnissen Rechnung getragen haben, und daß ein für sich vielleicht edler Wunsch der Vater des Gedankens war. Daß eine große Anzahl praktischer, mit den praktischen Verhältnissen vertrauter Leute anderer Ansicht sind, steht fest; das beweisen auch die vielerorts an Hebammen verteilten Stillprämien.

Soll aber die Mitarbeit der Hebammen von ersprießlichem Wert sein, dann muß neben besserer Vorbildung der Hebammenschülerinnen eine auf den Zweck gerichtete tiefere Ausbildung Platz greifen. Letzeres verlangt aber wieder, daß Hebammenschulen mit kleinen Abteilungen für ältere Säuglinge, mit Fürsorgestellen, eventuell im Zusammenhang damit auch mit Milchküchen ausgestattet werden. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Besprechungen.

Prof. Dr. A. Blaschko und **Dr. M. Jacobsohn**-Berlin: **Therapeutisches Taschenbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten.** Zweite Auflage. Berlin 1912. II. Band von Fischers therapeutischen Taschenbüchern. Verlag: Fischers medizinische Buchhandlung (H. Kornfeld). 12°; 152 S. Preis: 3,50 M.

Die zweite Auflage des seiner Zeit schon besprochenen Taschenbuches ist ein wenig umfangreicher geworden, da einzelne Kapitel, wie z. B. das über Syphilis, eine gründliche Umarbeitung und Erweiterung erfahren mußten. Die Wassermannsche Reaktion und die Salversantherapie sind in der neuen Auflage selbstverständlich berücksichtigt. Auch der mehr und mehr an Bedeutung gewinnenden Lichttherapie der Hautkrankheiten ist eingehender Rechnung getragen. Im übrigen ist die bewährte Anordnung des Stoffes die gleiche geblieben. Rpd. jun.

Dr. Schnirer-Wien: **Taschenbuch der Therapie.** Achte vermehrte und verbesserte Auflage. Würzburg 1912. Verlag von Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag). Kl. 8°; 465 S. Preis: 2 M.

Die neue Auflage des bekannten Taschenbuches weist eine Reihe Verbesserungen und Neuerungen auf, durch die sein Wert erheblich gesteigert wird. Für die nächsten Auflagen dürfte es sich vielleicht empfehlen, in dem therapeutischen Vademecum auch die deutschen Krankheitsbezeichnungen alphabetisch einzufügen, da es heute infolge der ausgedehnten Gutachtertätigkeit mehr wie früher gebräuchlich ist, deutsche Bezeichnungen zu wählen und manchem Arzte deshalb bei einzelnen Erkrankungen die lateinischen Ausdrücke nicht mehr so geläufig wie früher sind. Rpd. jun.

Dr. W. Guttmann-Mülheim (Ruhr), Stabsarzt: **Spezielle Diagnostik und Therapie** in kurzer Darstellung mit Berücksichtigung aller Zweige der prakt. Medizin. Wiesbaden 1911. Verlag von J. F. Bergmann. Kl. 8°; 657 S.

Um der sich gestellten Aufgabe, die Diagnostik und Therapie der gesamten praktischen Medizin zu behandeln, völlig gerecht zu werden, hat Verfasser eine ganze Reihe spezialistisch gebildeter Mitarbeiter gewonnen, die jedesmal die in ihr Gebiet schlagenden Nährwerte bearbeitet haben. Die wichtigsten Krankheiten sind alphabetisch geordnet und haben in bezug auf ihre Aetiologie, Symptomatologie, Differential-Diagnose, Komplikationen und Therapie eine kurze, klare und erschöpfende Darstellung gefunden. Ein Anhang enthält nummeriert eine ganze Reihe Rezepte, auf die im Text hingewiesen ist, sodaß dadurch Wiederholungen vermieden werden; außerdem sind hier die Maximaldosen der Arzneimittel sowie die Zusammensetzung und Kalorienwerte roher und zubereiteter Nahrungsmittel angegeben. Infolge seines reichen und gediegenen Inhalts und der übersichtlichen Anordnung des Stoffes bildet das Buch einen wertvollen Ratgeber, der schnelle und sichere Orientierung gestattet. Es wird sich deshalb sicherlich viel Freunde erwerben. Rpd. jun.

Tagesnachrichten.

Die am 26. April d. J. in Berlin abgehaltene **XXVIII. Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins** war ebenso zahlreich wie im Vorjahre besucht (es waren 142 Mitglieder erschienen) und hat einen nach jeder Richtung hin befriedigenden Verlauf genommen. Im Auftrage des Herrn Ministers wurde die Versammlung vom Herrn Ministerialdirektor Professor Dr. Kirchner mit warmen Worten begrüßt. Außer ihm nahmen sämtliche vortragenden Räte und ärztlichen Hilfsarbeiter an der Versammlung und die Mehrzahl von ihnen auch an dem Festessen teil, das unter außerordentlich großer Beteiligung der Mitglieder stattfand, so daß der große Bankettsaal im Rheingold eben ausreichte. Durch einstimmigen Beschluß der Hauptversammlung wurde Herr Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner zum Ehrenmitglied ernannt; zur großen Freude der Versammlung hat er die Ehrenmitgliedschaft mit herzlichem Dank angenommen. — Auf die Verhandlungen selbst gehen wir hier nicht näher ein, da der offizielle Bericht darüber voraussichtlich schon im nächsten Monat erscheinen wird.

Aus dem preußischen Abgeordnetenhause. Der **Medizinaletat** wurde in den Sitzungen am 1. und 2. d. Mts. beraten; hierbei gelangten wie üblich verschiedene Fragen zur Erörterung, insbesondere wurde von Vertretern sämtlicher Parteien auf das Verhältnis der Aerzte zu den Krankenkassen eingegangen und dabei die freie Arztwahl und der Leipziger Verband berührt. Außerdem bildeten die Stellung der Kreisärzte, das praktische Jahr, die Impffrage, die Regelung des Apothekenwesens, das Feuerbestattungsgesetz sowie zwei Anträge über das Irrenwesen und über Bewilligung eines Zuschusses von 3 Millionen Mark für Säuglings- und Mutterschutz Gegenstand der Beratung. Der Herr Minister Freiherr v. Dallwitz erwiderte, daß die Bestimmungen über das „Praktische Jahr" z. Z. einer Nachprüfung unterzogen würden; auf die übrigen Fragen antwortete Herr Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner, der besonders eingehend die Impffrage behandelte. In der nächsten Nummer dieser Zeitschrift wird an der Hand des bis dahin vorliegenden stenographischen Berichtes ein eingehender Bericht über die Verhandlungen gebracht werden.

Die **gesetzliche Regelung der Schularztfrage im Großherzogtum Oldenburg.** Die oldenburgische Staatsregierung hat dem Landtage einen Gesetzentwurf betreffs ärztlicher Ueberwachung der Schulkinder im Fürstentum Birkenfeld (mit rund 47000 Einwohnern) vorgelegt. Die wesentlichste Bestimmung dieses Gesetzes, das bereits am 1. April 1912 in Kraft treten sollte, ging dahin, daß sämtliche Schüler und Schülerinnen der öffentlichen und privaten Volks- und höheren Schulen wöchentlich einmal von dem im Hauptamt durch die Regierung anzustellenden Schularzt untersucht werden sollten. Die entstehenden Kosten sollten derjenigen Kasse zur Last fallen, aus der die Schule unterhalten wird. Nach der dem Gesetzentwurf beigegebenen ausführlichen Begründung der einzelnen Bestimmungen sollte dieser dazu beitragen, die Gesundheitsverhältnisse der heranwachsenden Jugend zu bessern und das Volkswohl zu heben. Die schulärztliche Ueberwachung sollte in Birkenfeld speziell auf die Tuberkulosebekämpfung Bedacht nehmen. Der Verwaltungsausschuß hatte sich mit der Regierungsvorlage vollständig einverstanden erklärt und die Regierung sogar ersucht, dem Landtage einen gleichen Gesetzentwurf für das Herzogtum Oldenburg und das Fürstentum Lübeck vorzulegen. Bei den späteren Verhandlungen hat man sich jedoch leider über die Kostentragungspflicht nicht einigen können. Der Landtag beschloß, daß der Staat sämtliche entstehenden Kosten tragen sollte, worauf vom Ministerium die Erklärung abgegeben wurde, daß damit der Gesetzentwurf für die Regierung unannehmbar sei.

Eine **besondere Ehrung** hat das Andenken an **Robert Koch** durch den nachstehenden Kaiserlichen Erlaß vom 29. März d. J. erfahren:

„Am 24. März 1912 sind dreißig Jahre verflossen, seit der verstorbene Wirkl. Geh. Rat Prof. Dr. Robert Koch die von ihm gemachte Entdeckung

des Tuberkelbacillus in der Berliner Physiologischen Gesellschaft bekannt gab. Mit dieser Entdeckung hat Koch den seitdem mit beispiellosem Erfolge durchgeführten Kampf gegen die schwerste Geißel des Menschengeschlechts eröffnet und sich unsterbliche Verdienste um die leidende Menschheit erworben. Aus diesem Anlaß will Ich, um das Andenken des großen Gelehrten für alle Zeiten zu ehren, der Bezeichnung des Königcichen Instituts für Infektionskrankheiten in Berlin, das für Robert Koch errichtet worden und zwanzig Jahre lang seine Arbeitsstätte gewesen ist, am Schluß den Namen „Robert Koch“ hinzuzufügen. Ich beauftrage den Minister des Innern mit der Bekanntgabe dieses Meines Erlasses.“ Wilhelm R.

Todesfall. Am 18. v. Mts. ist nach langem Leiden **D. Dr. Graf Douglas** in Berlin gestorben. Mit ihm ist ein Mann aus dem Leben geschieden, der sich auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheits- und allgemeinen Wohlfahrtspflege große Verdienste erworben hat. Der Verein für Volkshygiene, sowie die Zentralstelle für Volkswohlfahrt verdanken ihre Bildung hauptsächlich seinen Anregungen. Auch den Medizinalbeamten und ihren Bestrebungen, die sich ja mit den seinen deckten, ist er stets ein warmer Freund gewesen und hat ihre Interessen wiederholt im Landtage vertreten. Ehre seinem Andenken!

Mitgliederversammlung des Deutschen Vereins für Volkshygiene am Freitag, den 17., Sonnabend, den 18. und Sonntag, den 19. Mai 1912 in Danzig.

Donnerstag, den 16. Mai (Himmelfahrtstag): Abends 8 Uhr: Zwangloses geselliges Beisammenseim im Ratskeller (am Langenmarkt). Ausgabe von Karten für das Festmahl usw.

Freitag, den 17. Mai, vormittags 9½ Uhr: Oeffentliche Versammlung im Sitzungssaale des „Landeshauses“ (Neugarten 23/24). 1. Ansprache des Vorsitzenden, sowie der Vertreter der staatlichen und städtischen Behörden, Vereine usw. 2. Fest-Vortrag des Herrn Geh. Med.-Rats Prof. Dr. Ewald-Berlin über „Die Hygiene des Blutes“. — Zwangloses Frühstück (kalt) im Landeshause. — Nachmittags 2½ Uhr: Besichtigung hygienischer Anstalten unter sachverständiger Führung: a) des neuen städtischen Krankenhauses, b) der städtischen Armenanstalt und des Genesungsheimes der Landesversicherungsanstalt, sowie des Wasserwerkes in Pelonken bei Oliva. — Rückfahrt mit der elektrischen Bahn. — Abends 8 Uhr: Gemeinsames Festessen mit Damen im Hotel „Danziger Hof“, Dominikswall 6. (Trockenes Gedeck 5 M.) (Ueberrock.)

Sonnabend, den 18. Mai, vormittags 9½ Uhr: Sitzung des Beirats (die Mitglieder erhalten besondere Einladung) im Sitzungssaale des „Landeshauses“. — Vormittags 11 Uhr: Geschäftssitzung für die Mitglieder ebendaselbst. 1. Erstattung des Jahresberichtes über das Geschäftsjahr 1911. 2. Entlastung des Hauptvorstandes für das Geschäftsjahr 1911; Wahl der Rechnungs-Revisoren für 1912. 3. Neuwahl des Beirates (§ 16 der Satzung). 4. Anträge der Ortsgruppen. Vorjähriger Antrag Duisburg: „Hygienische Belehrung auf den Lehranstalten.“ Propaganda für Schulzahnpflege. 5. Mitteilungen des Schriftführers. — Nach Schluß der Mitgliederversammlung findet eine Sitzung des Haupt-Vorstandes statt. Tagesordnung: Beschlußfassung über die Besetzung der Aemter im Hauptvorstande (§ 11 der Satzung). — Zwangloses Frühstück im Landeshause. — Nachmittags 2½ Uhr: Besichtigung der Kaiserlichen Werft mit ihren hygienischen Einrichtungen, sowie der Wohnungs-Genossenschaft Schellmühl (Arbeiterwohnungen und Schule) oder Fahrt nach Zoppot. Rückfahrt nach Danzig. — Abends 8¼ Uhr: Oeffentlicher Volksvortrag in der Westpreußischen Gewerbehalle (Schlüsseldamm 62); Herr Professor Dr. Külbs-Berlin: „Sport in seinem Einfluß auf die Entwicklnng des Körpers“. **Danach**: Zwangloses Beisammensein im Hotel Reichshof (Stadtgraben 9, gegenüber dem Bahnhofe).

Sonntag, den 19. Mai, morgens: Spaziergang durch Danzig. Um 10½ Uhr: Dampferfahrt nach der Quarantäne-Anstalt, Halbinsel Hela und Westerplatte. Dort gemeinsames Mittagessen (3 Mark).

Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder am 15. Mai 1912 zu Königsberg i. Pr.

Dienstag, den 14. Mai, Begrüßungsabend: Geselliges Zusammensein mit Damen im Gesellschaftshaus des Tiergartens, mit Konzert und Gesangsvorträgen. Eintritt zum Tiergarten am Begrüßungsabend frei gegen Vorzeigung dieser Einladung.

Mittwwoch, den 15. Mai, vormittags pünktlich 9 Uhr: Eröffnung der Hauptversammlung im Hochzeitssaal der Stadthalle. Mittags 12½ Uhr: Frühstück im Erfrischungsraum der Stadthalle, dargeboten von der Stadt Königsberg. Vor der Sitzung von 8 Uhr ab: Vorführung von Schülerschwimmen durch das Komitee zur Förderung des Schwimmens und Badens in der Palestra-Albertina (Universitätsanstalt für Leibespflege III. Fließstr. 3—5).

I. Vorträge: 1. Ueber die Bedeutung und Verbreitung des Badens: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schreiber in Königsberg. 2. Badeeinrichtungen in Königsberg und Umgegend: Stadtbaurat Werner in Königsberg. 3. Das Baden auf dem Lande und in den kleinen Städten Ostpreußens: Reg.- und Baurat Fiebelkorn in Königsberg. 4. Die Förderung des öffentlichen Badewesens in mittleren und kleinen Städten, sowie auf dem Lande: Med.-Rat Dr. Schaefer in Gumbinnen. 5. Normalprojekte zur Verminderung der Anlagekosten von Volks- und Vollbadeanstalten: Badeinspektor Nuß in Essen. 6. Bericht über das Preisausschreiben zur Erlangung von zweckmäßigen und preiswerten Handtüchern aus Papierstoff: Magistrats-Baurat Matzdorff in Berlin.

II. Besprechungen: Es sind 13 verschiedene Desinfektionsgegenstände angemeldet.

III. Geschäftliches. 1. Ergänzungswahl des Verwaltungsrates und Wahl des geschäftsführenden Ausschusses. 2. Erstattung des Geschäftsberichts. 3. Wahl von drei Vertrauensmännern zur Prüfung der Jahresrechnung. 4. Entlastung des geschäftsführenden Ausschusses über die Geschäftsführung im abgelaufenen Jahre.

Abends 8 Uhr: Gemeinsames Festessen mit Damen in der Stadthalle (Gedeck ohne Wein 4 Mark). — Meldungen zur Teilnahme nimmt die Geschäftsstelle noch am Begrüßungsabend entgegen.

Vorausbestellung von Wohnungen wird angeraten.

Gasthöfe: In der Nähe des Bahnhofs: Bahnhofshotel, Hotel Continental; im Innern der Stadt: Centralhotel, Deutsches Haus, Berliner Hof, Hotel Kreuz.

Donnerstag, den 16. Mai (Himmelfahrtstag): Ausflug nach Warnicken, Georgenwalde und Rauschen. Näheres ist in der Geschäftsstelle zu erfahren.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten sind in der Zeit vom 24. bis 30. März und vom 7. bis 13. April 1912 erkrankt (gestorben an): Rückfallfieber, Pest, Cholera, Gelbfieber, Tollwut, Aussatz: — (—); Pocken: 13 (—), 5 (—); Fleckfieber: —(—), 2 (—); Milzbrand: 3 (—), 8 (2); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: — (—), 11 (—); Unterleibstyphus: 164 (24), 147 (20); Ruhr: 5 (—), 3 (1); Diphtherie: 1664 (121), 1392 (110); Scharlach: 1169 (48), 1045 (59; Kindbettfieber: 132 (35), 81 (23); übertragbare Genickstarre: 6 (2), 6 (2); Fleisch- usw.-vergiftung: 2 (1) — (—); Paratyphus: 2 (—), — (—); spinaler Kinderlähmung: 3 (—), 1 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 367, 150; Tuberkulose (gestorben): 890, 1031.

An der Pest sind in Aegypten in den Wochen vom 16. März bis 12. April 13 (11), 10 (5), 31 (8), 26 (17) Personen erkrankt (gestorben); also eine geringe Zunahme; ebenso in Indien, wo in der Zeit vom 11. Februar bis 16. März 16275 (14331), 17288 (15140), 15633 (13212), 19145 (16608) und 18011 (15401) Pesterkrankungen (Todesfälle) vorgekommen sind.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 10. Ausgegeben am 20. Mai 1912.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,

Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch

J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 10.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Sanitätsrat: dem San.-Rat Dr. Huchzermeier in Bad Oeynhausen und dem a. o. Professor Dr. Schwarz in Halle a./S.; — der Rote Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: dem Generaloberarzt a. D. Dr. Riehl in Berlin; der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem San.-Rat Dr. Steiner in Xanten; — der Kronenorden III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Salkowski in Berlin.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung: des Ritterkreuzes I. Kl. mit der Krone des Königl. Sächsischen Albrechtsordens: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. v. Hansemann in Berlin; des Ehrenkreuzes des Großherzoglich-Mecklenburgischen Greifenordens: dem leitenden Arzt der Privatklinik Hohe Mark i. Taunus, Prof. Dr. Friedländer; des Offizierkreuzes des Königlich Niederländischen Ordens von Oranien-Nassau: dem Marinestabsarzt Gelhar; des Großherrlich Türkischen Osmaniéordens IV. Klasse: dem Marinestabsarzt Agena.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Wandel in Oldesloe zum Kreisarzt in Schlochau; Kreisassistenzarzt Dr. Hermann Schröder in Stettin zum Kreisarzt in Lublinitz; Kreisassistenzarzt Dr. Zimmermann in Bromberg zum Kreisarzt und Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamtes in Hannover; Privatdozent Prof. Dr. Schieck in Göttingen zum ordentlichen Professor in der medizinischen Fakultät der Universität Königsberg i. Pr.; der Privatdozent Prof. Dr. Ellinger in Königsberg i. Pr. zum ordentlichen Professor in der dortigen medizinischen Fakultät; Privatdozent Prof. Dr. Kißkalt, Abteilungsvorsteher am hygienischen Institut in Berlin zum ordentlichen Professor und Direktor des hygienischen Instituts in Königsberg i. Pr.; Reg.-Rat Prof. Dr. Neufeld, Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamts zum Abteilungsvorsteher bei dem Königlichen Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" in Berlin.

Versetzt: Med.-Rat Dr. Banik, Kreisarzt in Schlochau in gleicher Eigenschaft nach Sagan.

Gestorben: San.-Rat Dr. Kleudgen in Breslau, San.-Rat Dr. Janusch in Koschenten (Reg.-Bez. Oppeln), Oberstabs- u. Regimentsarzt Dr. Brandt in Halle a. S., San.-Rat Dr. v. Bönninghausen in Bocholt i. Westf., Dr. Wyszynski in Koschniu (Reg.-Bez. Bromberg), Dr. v. Gorski in Stenschewo (Reg.-Bez. Bromberg), Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bach in Marburg, Dr. Mursinna in Hausberge bei Minden i. W.

Berichtigung: In Nr. 9 muß es bei den Personalien in Preußen unter „Versetzt" heißen: Dr. Müller in Herzberg, Kreis Schweinitz statt in Elsterwerda (Kreis Herzberg) nach Reichenbach.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Verdienstorden vom heiligen Michael IV. Klasse mit der Krone: dem Hofrat Dr. May in Bad Kreuth und dem S.-Rat Dr. Wirsing, leitender Arzt des Hedwigkrankenhauses in Berlin.

Die Erlaubnis erteilt zur Anlegung des Ehrenkreuzes des Königlich Ordens der Württembergischen Krone: dem Hofrat Dr. Bopp in Regensburg.

Gestorben: Geheimer Rat Dr. v. Bauer und Dr. Gehles in München.



Königreich Sachsen.

Gestorben: Dr. Moebuß in Mittwaida, Stabsarzt a. D. Dr. Bruno Meyer in Leipzig.

Grossherzogtum Baden.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Bopp in Boxberg nach Tauberbischofsheim.

Grossherzogtum Oldenburg.

Gestorben: Ober-Med.-Rat Dr. Burghoff in Oldenburg.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Ernannt: Physikus Dr. Sieveking in Hamburg und Prof. Dr. Weygandt, Direktor der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg zu Mitgliedern des Medizinalkollegiums.

Gestorben: Dr. Finke in Straßburg i. Els.

Erledigte Stellen.

Königreich Preussen.

Die Stelle des Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamte in **Danzig.** Jahresremuneration mindestens 2000 M. Bakteriologische Vorbildung erwünscht. Es können sich solche Aerzte, welche die kreisärztliche Prüfung noch nicht abgelegt haben, um die vorläufig kommissarische Anstellung bewerben, wenn sie sich zur sofortigen Ablegung der kreisärztlichen Prüfung verpflichten.

Die Kreisassistenzarztstelle des Stadtkreises **Danzig** mit dem Amtssitz in Danzig (Remuneration 1800 M. jährlich).

Die Kreisassistenzarztstelle des Stadt- und Landkreises **Hagen** (Reg.-Bez. Arnsberg) mit dem Amtssitz in Hagen (Remuneration: 2000 M. jährlich).

Die Stelle des **Leiters der Medizinaluntersuchungsstelle in Bromberg.** Jahresremuneratiou mindestens 2000 Mark. Bakteriologische Vorbildung notwendig. Es können sich auch solche Aerzte, welche die kreisärztliche Prüfung noch nicht bestanden haben, um die vorläufig kommissarische Uebertragung der Stelle bewerben, wenn sie sich zur baldigen Ablegung der kreisärztlichen Prüfung verpflichten. Meldungen sofort.

25. Jahrg. Zeitschrift 1912.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 10.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Mai.

Hernia diaphragmatica congenita.

Kasuistische Mitteilung von Med.-Rat Dr. **Kühn**, Kreisarzt in Calbe a./S.

Zu den angeborenen Mißbildungen, die ein längeres Leben nach der Geburt unmöglich machen, gehören bekanntlich auch große Zwerchfellbrüche. Kommen diese Mißbildungen bei reifen, kräftig entwickelten und gesund aussehenden Kindern vor, die gleich nach der Geburt geatmet und, wenn auch vielleicht wenig kräftig, geschrieen haben, und gehen diese Kinder kurze Zeit nach der Geburt ohne erkennbare Ursache zugrunde, so kann der Verdacht entstehen, daß der Tod des Kindes durch Fahrlässigkeit oder Einwirkung von Gewalt verursacht ist, und damit gewinnen solche Mißbildungen ihre gerichtliche Bedeutung. Ich will einen solchen Fall kurz mitteilen:

Ein am 22. März d. J. geborenes Mädchen war eine halbe Stunde nach der Geburt gestorben. Die Todesursache konnte bei der Leichenschau nicht festgestellt werden.

Die Hebamme, welche die Geburt geleitet hatte, gab auf polizeiliche Nachfrage an, daß das Kind an Schwäche gestorben sei. Der Arzt, der die Leichenschau ausgeführt hatte, erklärte diese Angabe für eine Unwahrheit, weil das Kind ein kräftiges und gesundes gewesen sei.

Bei der nun nötig gewordenen gerichtlichen Sektion, die ich zusamen mit dem Gerichtsarzt in Magdeburg, Herrn Kollegen Dr. Keferstein, auszuführen hatte, fanden wir allerdings ein wohlgebildetes, 52 cm langes und 5000 Gramm schweres, kräftiges Neugeborenes, das alle Zeichen des vollkommen reifen Kindes darbot. Bei Eröffnung der Brust- und Bauchhöhle fiel indeß

sofort eine abnorme Lage der Eingeweide auf. Den oberen Teil der Bauchhöhle nahm zwar die braunrot und glänzend aussehende Leber ein, in dem unteren Teil der Bauchhöhle fand sich indeß nur der mit Kindspech gefüllte, schmutzig graugrüne Dickdarm. Der gesamte Dünndarm mit einem Teil der Leber waren durch eine Oeffnung des Zwerchfells in den rechten Brustraum getreten und füllten diesen als schmutzig rosafarben aussehende, spiegelnde, wenig gefüllte Schlingen aus. Das Zwerchfell war an richtiger Stelle; es stand beiderseits am unteren Rande der 4. Rippe.

Nach teilweisem Zurückbringen und Zurseiteschieben der Darmschlingen sah man im oberen Drittel des rechten Brustfellraums die auf ein kleines Volumen zusammengepreßte — etwa puffbohnengroße — graurote Lunge. Der ganze Mittelfellraum mit der 5 : 7 : 2 cm großen Brustdrüse und dem Herzen im gut talergroßen sichtbaren Herzbeutel, ist nach links verschoben, so daß man die linke rotgraumarmoriert aussehende Lunge nach weiterem Emporheben der Brustwand zu Gesicht bekommt.

Die Oeffnung in der rechten Zwerchfellhälfte war eine rundliche, gut 2 Fingerbreit im Durchmesser große Lücke mit vom Bauchfell überzogenen scharfen glatten Rändern; sie war nur von dem Teil der Leber verstopft, der sich als ein vom rechten Leberlappen teilweise abgeschnürter und mit der in der Bauchhöhle befindlichen übrigen Leber nur durch Bindegewebe zusammenhängender, etwa 4 cm langer und ebenso dicker besonderer Lappen erwies. Der in der Brusthöhle liegende gesamte Dünndarm war leer, seine Schleimhaut glatt und unversehrt.

Bemerkenswert war der Befund an den Lungen:

Beide Lungen schwammen. Auch die ganze rechte Lunge schwamm noch, wenn auch nicht so vollständig, wie die ganze Lunge; dagegen gingen der mittlere Lappen, allein ins Wasser gelegt, und auch einzelne Partien des Unterlappens unter, während alle übrigen Teile schwammen. Die ganze rechte Lunge knisterte wenig, ihre Schnittflächen waren graurot, im Mittellappen dunkelrot; auf Druck trat geringe, nur im Unterlappen mit wenig Luftblasen gemischte Flüssigkeit auf die Schnittfläche. Bei der linken Lunge knisterten beide Lappen; die Lunge schwamm als Ganzes und in einzelnen kleinen Teilen vollständig. Bei Druck entleerte sich hier schaumig rötliche Flüssigkeit auf die Schnittflächen. Luftröhrenäste boten nichts Bemerkenswertes.

Die Anfüllung der Herzhöhlen und der Lungenschlagader mit mäßigen Mengen dunkel flüssigen Blutes sowie Blutreichtum der drüsigen Bauchorgane waren auf die Erstickung hinweisende Nebenbefunde.

Es bedarf ja weiter keiner Ausführung, daß Kinder mit solchen großen Zwerchfellbrüchen nur verhältnismäßig kurze Zeit nach der Geburt am Leben bleiben können. Die räumliche Beschränkung des Brustraums durch die prolabierten Baucheingeweide einerseits und die teilweise Insuffizienz des Zwerchfells anderseits werden nur eine so unvollkommene Ausdehnung der, wie in unserem Fall, regionär atelektatisch bleibenden Lungen, also nur eine unvollkommene Atmung zulassen, so daß der Tod durch allmählige Erstickung bald eintreten muß.

Schußverletzung der großen Gefäße.

Eine kasuistische Mitteilung.

Von Kreisassistenzarzt Dr. **Boege**-Sierakowitz.

Mitte Juni 1911 sezierte ich zusammen mit Herrn Med.-Rat Dr. Kaempfe die Leiche eines Mannes, der 4 Tage vorher durch einen Revolverschuß getötet worden war. Der Schuß war aus wenigen Metern Entfernung abgegeben worden. Der Verletzte war sofort zusammengebrochen und nach der einen

Aussage sogleich, nach der anderen in einigen Minuten tot gewesen.

Aus dem Befunde bei der Leichenöffnung sei als für meine Mitteilung wichtig nur das folgende wiedergegeben:

Der Einschuß fand sich über dem Brustbein, 3½ cm unterhalb der Fossa jugularis und ziemlich in der Mittellinie. Ein Ausschuß war nicht vorhanden. Die Kugel, ein Bleigeschoß von Kaliber 9 mm, wurde in der hinteren Brustwand, zwischen 8. und 9. Rippe 6 mm nach außen von den Rippenköpfchen gefunden. Der Schußkanal verlief mithin von links oben vorn nach rechts hinten unten. Das Geschoß hatte das Brustbein, den Herzbeutel, die Aorta, die obere Hohlvene und die rechte Lunge durchschlagen, erst ihren Oberlappen, dann ihren Unterlappen; das parietale Blatt des Herzbeutels war dicht unterhalb seiner Umschlagstelle auf dem Epikardbezug der Aorta durchschossen, die Aorta etwa 2½ cm oberhalb ihrer Klappen, die obere Hohlvene nahe der Vereinigung mit der unteren Hohlvene. Die Oeffnung in der Hinterwand der Aorta war strahlig, zipflig, die übrigen Löcher mehr rundlichoval. Die Umgebung des Schußkanals war in dessen ganzer Länge blutig durchtränkt; im rechten Pleuraraum fand sich etwa 1 Liter dunkelroten flüssigen Blutes. Der Herzbeutel enthielt dagegen kein Blut.

Herzschüsse, wie überhaupt Herzverletzungen können zum Tode führen: 1. durch Herzschock, sei es nun funktionelle oder mechanische Aufhebung der Herztätigkeit, 2. durch Verblutung, selten nach außen, meist in die Pleura, 3. durch Herztamponade; 2. und 3. können sich natürlich kombinieren.

In dem hier mitgeteilten Falle war die letzte Todesursache wohl Verblutung in die Pleura. Auffallend war nur — und darum schien mir der Fall mitteilenswert — daß sich im Herzbeutel kein Blut fand. Der Weg aus der Hohlvene in Lunge und Pleura muß dem Blutstrom weniger Hindernis geboten haben als der aus Hohlvene und Aorta in den Herzbeutel. Aus der Literatur ist mir ein ähnlicher Fall nicht bekannt.

Postdiphtherisches Erysipel als Aequivalent von Scharlach.

Von Dr. **Moritz Mayer**-Simmern.

In einem Vortrage im Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde zu Berlin vom 26. Februar 1912 besprach A. Baginsky[1]) die Frage der Infektionsdauer des Scharlachs und die Lehre von den „Return cases". In der Diskussion bestätigt Herr Philipp auf Grund einer Erfahrung seiner Praxis mit vikariierenden Streptokokkenerkrankungen in einer Familie: Skarlatina, Erysipel, Angina, hämorrhagische Nephritis, die Ausführungen des Vortragenden über die Rolle der Streptokokken bei Scharlach.

Aehnliches habe ich vor einigen Wochen erlebt.

Am 1. März 1912 wurde ich gelegentlich meiner Anwesenheit in einem Dorfe, in dem seit mehreren Jahren kein Scharlach mehr vorgekommen war, zu einem 1jährigen Kinde gerufen, das blaß, unlustig war, sich müde fühlte, eine Temperatur von 37,6° hatte, leichte Mandelschwellung ohne Belag aufwies und dessen submaxillare Drüsen etwas geschwollen waren. Die

[1]) Münchener med. Wochenschrift; 1912, S. 612.

Krankheit bestand erst einen Tag. Die Nates zeigten verdächtige Rötung, die mich an Scharlach denken ließen. Ich teilte den Eltern meinen Verdacht mit, bat regelmäßig zu messen und mich bald zu benachrichtigen. Die Botschaft blieb indessen aus. Erst am 7. März wurde ich zu der Familie gerufen. Ich erfuhr, das Kind habe inzwischen eine Mittelohreiterung gehabt; von dem Ausschlag sei nichts mehr zu sehen gewesen. Eine Desquamation ist nicht eingetreten. Von den Eltern erkrankten nun Vater und Mutter gleichzeitig am 7. März und zwar die Mutter unter Durchfall und Erbrechen an schwerer Diphtherie mit Gelenkschmerzen, der Vater an schwerem Scharlach mit Entzündung der Gelenke. Der Mandelbelag bei der Mutter enthielt am 8. März nach dem Berichte des Königlichen Medizinal-Untersuchungsamtes in Koblenz (Herr Dr. Marmann), dem ich besten Dank sage, Diphtheriebazillen. Am 9. März bat ich Herrn Kreisarzt Dr. Fricke zu einer Konsultation. Auffällig war, daß auch der Scharlach beim Vater mit Brechdurchfällen einsetzte. Am 12. März begannen hier die Gelenkschmerzen, am 16. die charakteristische Dequamation. — Die Mutter, deren Diphtherie nach zweimaliger Heilseruminjektion, allgemeiner und örtlicher Liquor Ferri-Behandlung abgeheilt war, erkrankte am 11. März mit Rötung des Gesichts, die ich am 12. als Erysipel ansprach und die am 13. zu einer Temperatursteigerung auf 41° führte. Unter Pirogoffscher Kampherbehandlung, Anwendung von Ungt. Credé war am 19. März auch das Erysipel geheilt, das das Gesicht und die behaarte Kopfhaut ergriffen hatte. Irgendwelche Schrunde der Nase, von der das Erysipel hätte ausgehen können, war nicht nachzuweisen.

Hermann Lenhartz (in Nothnagels Spez. Pathol. und Therapie; III. Bd. 3.) erwähnt eine Beobachtungsreihe von Ricochon von Scharlach und Erysipel und wünscht, daß in Zukunft sorgfältige Beobachtungen mitzuteilen seien. Auf dem Lande sind diese Beobachtungen allerdings den klinischen nicht gleichwertig, doch schien mir obige Mitteilung schon aus dem Grunde der Veröffentlichung wert, weil sie die sanitätspolizeiliche Bedeutung des „gelegentlichen“ Besuches ins rechte Licht setzt. Die Diagnose Scharlach war beim ersten Besuche nicht möglich, obwohl ich die Arbeit von Fortune (cf. diese Zeitschrift 1912, S. 249), kurz vorher referiert hatte. Ein zweiter Besuch aber war nicht gewünscht worden und konnte daher nicht ausgeführt werden; so mußte die Anzeige unterbleiben. Bisher sind weitere Fälle nicht aufgetreten.

Warum werden wir geimpft?

Von Kreisarzt Dr. **Karl Dohrn** in Hannover.

Kommt man in der Unterhaltung auf den Zweck und den Nutzen der Impfung zu sprechen, so wird sich mancher Kollege

über die unglaubliche Unwissenheit des Publikums gewundert haben. Selbst gebildete Leute haben die verworrensten Begriffe von dem Wesen der Impfung; von den Ansichten, die in impfgegnerischen Versammlungen geäußert werden, ganz zu schweigen. Hier wird die Wahrheit wissentlich verdreht und es werden den Aerzten die niedrigsten und selbstsüchtigsten Motive untergeschoben. Bei der großen Unwissenheit des Publikums in der Impffrage kann man sich nicht wundern, wenn diese Torheiten ein geneigtes Ohr bei der kritiklosen Menge finden.

Wir können uns auch nicht verhehlen, daß die Abneigung des Publikums infolge der maßlosen Verhetzungen in dauernder Zunahme begriffen ist. Wir müssen es deshalb erleben, daß die Impffrage in jedem Jahre mit erneuter Heftigkeit in den Parlamenten aufgerollt wird. Gottlob sind bisher alle Angriffe dank der energischen Abwehr zurückgeschlagen; es fragt sich aber, was können wir tun, um dieser dauernd zunehmenden Unterschätzung und Mißachtung des Wertes dieser für unser Volk so unendlich nützlichen Maßnahme zu begegnen?

Wir müssen unbedingt die Aufklärung des Publikums sehr viel energischer als bisher in die Hand nehmen. Wir geben bei den Impfungen Belehrungen über den Wert des Stillens und den Schaden des Alkoholmißbrauchs — sicher sehr nützliche Dinge —, über das Wesen und den Nutzen der Impfung aber hört das Publikum fast nichts. Wäre es nicht sehr viel zweckmäßiger, Belehrungen über das Impfen, entweder durch das Wort oder durch Aufdruck auf der Rückseite des Impfscheines oder noch besser durch Merkblätter, die der Einzelne zu Hause in Ruhe studieren kann, zu geben? Auch durch Aufnahme von kurzen, geschickt abgefaßten Lesestücken in den Lehrbüchern wäre ein Nutzen zu erwarten. Schließlich habe ich auch die Erfahrung gemacht, daß Belehrungen bei öffentlichen Vorträgen keineswegs auf unfruchtbaren Boden fallen. Vorwiegend aber müßte der Impftermin selbst Gelegenheit bieten, über den Nutzen der Impfung Aufschluß zu geben.

Für unbedingt notwendig halte ich es ferner, daß die Berichtigungen über angebliche Impfschädigungen in der Presse sehr viel schneller — möglichst schon in der nächsten Nummer der Zeitung — direkt von dem die Ermittelungen leitenden Kreisarzt veröffentlicht werden. Wie oft hört man den Einwand, daß eine in der Presse veröffentlichte Mitteilung über angebliche Impfschädigung unwidersprochen geblieben und daher wohl zutreffend sei.

Wer sich über die Unkenntnis, die selbst die größeren Schulkinder über das Wesen der Impfung haben, einmal unterrichten will, der mache sich das Vergnügen und lasse die Wiederimpflinge beim Impftermin kurz auf einem Zettel die Frage beantworten: Warum werden wir geimpft? Er wird sehen, daß selbst die Objekte der Impfung, die eigentlich das größte Interesse haben müßten, über deren Zweck einiges zu

erfahren, in erstaunlicher Unkenntnis sind. Einige köstliche Antworten, die ich erhalten habe, füge ich bei:

1. Die Impfung hat den Zweck, daß wir nicht als Heiden in die Hölle kommen.

2. Wir werden geimpft, damit der Doktor sieht, ob wir gesundes Blut haben. Kommt es schwarz heraus, so sind wir krank, kommt es rot heraus, so sind wir gesund.

3. Wir werden geimpft, damit wir die schwarzen Schafläuse nicht bekommen, und um den Körper gesund zu erhalten.

4. Ich werde geimpft, daß ich weiß, wie viele Fehler ich habe; mir sind 3 aufgegangen, also habe ich 1 Fehler.

5. Ich wüßte wahrhaftig nicht zu sagen, warum wir geimpft werden; denn es hat mir noch niemand gesagt, was die Impfung eigentlich für einen Zweck hat.

Beitrag zur Gefährlichkeit der Dauerbrandöfen.

Von Dr. **Petermöller**, prakt. Arzt in Oelde, kreisärztl. geprüft.

In der Nacht vom 6. zum 7. Februar d. J. wurde ich zur Familie F. in O. gerufen mit dem Bemerken, sie sei vergiftet. Im besten Wohlsein hatten Mann, Frau und ein Kind sich zu Bett gelegt. Gegen 11 Uhr abends bekam das Kind Erbrechen; nachts gegen 2 Uhr stellten sich bei der Frau Erbrechen, Durchfall und Herzklopfen ein. Sie weckte ihren schlafenden Mann; dieser stand auf und fiel bei getrübtem Bewußtsein zu Boden; auch er bekam Erbrechen, Herzklopfen und Kopfschmerz. Als ich ankam, lag die Frau zu Bett und hatte nicht die Kraft aufzustehen. Ich erfuhr, daß sämtliche Hausgenossen am Abend vorher das gleiche Gericht genossen hatten, aber nur die drei erwähnten Familienmitglieder, die dasselbe Schlafzimmer benutzten, krank geworden seien. Ich dachte an CO-Vergiftung durch Leuchtgas, ließ sofort die Kranken aus dem Schlafzimmer bringen und sorgte für frische Luft, worauf alsbald Besserung eintrat. Einen Mangel an der Gasleitung konnte ich jedoch nicht finden. Als ich nun aber den Ofen im Schlafzimmer untersuchte, nahm ich durch die Nase wahr, daß ihm an der Feuerstelle nach Kohlendunst riechende Luft entströmte, obwohl kein Feuer vorhanden und der Ofen am Tage vorher nicht geheizt worden war. Dagegen befand sich in dem unteren Stockwerk ein Dauerbrandofen, der abends abgestellt war. Infolgedessen hatten sich hier CO-Dämpfe gebildet, die ihren Weg durch den Ofen im oberen Stockwerk in die Luft des Schlafzimmers genommen hatten. In der Nacht war ein Witterungsumschlag eingetreten; infolgedessen war die feuchte, neblige Luft offenbar dem Entweichen der CO-Dämpfe durch den Kamin nach außen hinderlich gewesen. Ich bin davon überzeugt, daß mit großer Wahrscheinlichkeit die Familie ihren Tod gefunden hätte, wenn nicht die Sorge um ihr Kind die Frau wach gehalten hätte. Die giftigen

Gase können also bei mehrgeschossigen Häusern unter Umständen ihren Weg nicht nur durch offene oder schlecht verklebte Schornsteinöffnungen nehmen[1]), sondern auch durch das Rauchabzugsrohr eines Ofens durch diesen in die Zimmerluft gelangen.

Ein ähnliches Geschick erfuhr vor etwa 2 Jahren ein Kollege im benachbarten W. Er setzte sich nachmittags an seinen Schreibtisch und stellte den Dauerbrandofen ab. Nach einiger Zeit fühlte er sich müde und legte sich auf die chaise longue. Hier mag er etwa eine Stunde gelegen haben, als er zu einem Kranken gerufen wurde. Da er fest schlief, und seine Angehörigen meinten, er bedürfe der Ruhe, verzichtete man darauf, ihn mit Gewalt zu wecken. Bald darauf wurde er aber zu einem dringenden Fall gerufen. Das war sein Glück! Mit vieler Mühe bekam man ihn wach; er wurde aus seinem Schreibzimmer gebracht, war aber so elend, daß er den Krankenbesuch nicht ausführen konnte. Es bedurfte mehrerer Tage, bis er hergestellt war. Offenbar hatten auch hier CO-Dämpfe, die sich bei abgestellter Feuerung gebildet und ihren Weg in die Zimmerluft gefunden hatten, die Krankheitserscheinungen bewirkt.

Die diesjährige Beratung des Preussischen Abgeordnetenhauses über den Medizinaletat.

Vom Herausgeber.

Die diesjährige Beratung des Abgeordnetenhauses über den Medizinaletat, die in der Abendsitzung am 1. Mai begonnen und in der Sitzung am 2. Mai zu Ende geführt wurde, unterschied sich von denjenigen der früheren Jahre hauptsächlich dadurch, daß die Staatsregierung in der Debatte, abgesehen von einem einmaligen Eingreifen des Herrn Ministers, durch die medizinisch technischen Mitglieder der Medizinalverwaltung vertreten wurde, namentlich durch den zeitigen Herrn Ministerialdirekter Prof. Dr. Kirchner, dessen Ernennung bei der Generaldiskussion von den Rednern fast aller Parteien warm begrüßt wurde. Allseitig gab man der Genugtuung darüber Ausdruck, daß jetzt zum ersten Male ein Arzt an die Spitze der Medizinalverwaltung gestellt und dadurch ein langgehegter Wunsch des Aerztestandes erfüllt sei. Mit der Abtrennung der Medizinalverwaltung vom Kultusministerium und deren Zuweisung zum Ministerium des Innern sind jetzt scheinbar alle Parteien einverstanden; es machen sich bereits Wünsche laut, um ihr Arbeitsgebiet zu erweitern, der beste Beweis, daß das Vertrauen zu ihr durch diese Uebersiedelung sich nicht verringert hat, sondern im Gegenteil gestiegen ist. Schon in der Budgetkommission war u. a. der Wunsch laut geworden, die jetzt unter vier Ressorts verteilten staatlichen Heilbäder unter

---

[1]) Vergl. den Aufsatz „Eine seltene Kohlenoxyd-Vergiftung usw." von Dr. Berg in Nr. 6, 1912 dieser Zeitschrift.

einem Ressort und zwar unter dem der Medizinalabteilung zu vereinigen; dieser Wunsch wurde im Plenum von den Abg. Dr. Arning (natll.), Dr. Faßbender (Zentrum) und Lüdicke (freikons.) wiederholt und mit Recht betont, daß der Hauptzweck dieser Bäder nicht der des Erwerbs sei, sondern der, Kranken die Gesundheit wiederzugeben, und daß sie deshalb auch zum Ressort des Gesundheitswesens gehörten. Der Herr Minister verhielt sich diesem Wunsche gegenüber zwar noch ziemlich ablehnend, aber mit der Zeit wird man vielleicht doch seine Berechtigung anerkennen und ihm stattgeben. Interessant war es weiterhin, daß verschiedene Fragen angeschnitten wurden, die eigentlich nicht zum Geschäftskreis der Medizinalabteilung gehören, deren Erörterung aber lediglich zu dem Zwecke erfolgte, daß dieses seinen Einfluß an maßgebender Stelle für die Berücksichtigung der betreffenden Wünsche und Anträge geltend machen sollte. Dahin gehören z. B. der von dem Abg. Dr. Faßbender (Zentr.) vorgebrachte Wunsch, das schulpflichtige Alter für den Eintritt in die Volksschule wieder auf mindestens sechs Jahre festzusetzen, eine Forderung, der ärztlicherseits nur zugestimmt werden kann; ferner die vom Abg. Dr. Wagner (freikons.) gewünschte Anstellung von staatlichen Schulärzten, der von sozialdemokratischer Seite gestellte und von verschiedenen Seiten unterstützte Antrag auf Regelung des Irrenwesens, der, wie hier gleich bemerkt sein möge, der Justizkommission zur weiteren Beratung überwiesen wurde. Erfreulich war weiter der von den Rednern aller Parteien zum Ausdruck gebrachte Standpunkt, daß zur Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege seitens des Staates mehr Geldmittel zur Verfügung gestellt werden müßten, namentlich um arme, leistungsschwache Gemeinden bei der Anlage von Wasserleitungen und sonstigen Einrichtungen auf dem Gebiete des Medizinalwesens und der Gesundheitspflege in wirksamster Weise zu unterstützen. Von diesem Standpunkte aus wurde auch der zweite Antrag der Sozialdemokratie auf Einstellung von 3 Millionen Mark zum Säuglings- und Mutterschutz der Budgetkommission überwiesen; hoffentlich kommt diese zu dem Beschluß, die Staatsregierung zu ersuchen, größere Geldmittel für diesen Zweck künftighin in dem Etat vorzusehen; zu Millionen wird sich dann der Finanzminister zwar nicht entschließen, aber vielleicht doch einige Hunderttausend zu diesem Zweck flüssig machen; denn er steht an Bedeutung in sozialer und nationaler wie gesundheitlicher Hinsicht sicherlich der Fürsorge für die Jugend nicht nach. Säuglings- und Mutterschutz bilden gleichsam das Fundament, auf dem sich die Jugendfürsorge aufbaut; hat man in anerkennenswerter Weise für diese eine große Summe bereitgestellt, dann wird man es hoffentlich auch für jenen tun.

Wie alljährlich wurde auch in diesem Jahre, allerdings in verringertem Maße, Klage über die zu große Belastung der

Gemeinden infolge zuweitgehender hygienischer Forderungen seitens übereifriger Kreisärzte geführt; es spielte dabei besonders ein Krankenhaus in einer kleinen Stadt mit nur 6000 Einwohnern eine große Rolle, dessen Bau von dem Kreisarzt gefordert sein sollte und die Stadt mit 240000 M. Schulden belastet habe. Mit Recht wurde von dem Abg. Dr. Arning bemerkt, daß dabei wohl ganz andere Ursachen im Spiele gewesen sein würden, denn einen solchen Einfluß hätten die preußischen Kreisärzte gar nicht; man sollte überhaupt, ehe man derartige Klagen vortrage, sich vorher erst genau über die Sache unterrichten, dann würden sie sich fast ausnahmslos als ungerechtfertigt herausstellen. Anerkannt wurde jedoch von allen Rednern, daß in wichtigen gesundheitlichen Fragen finanzielle Rücksichten zurückstehen und, wie schon vorher bemerkt, staatlicherseits leistungsschwachen Gemeinden die erforderlichen Zuschüsse dazu gewährt werden müßten. Betont wurde auch, daß die Kreisärzte finanziell gut gestellt sein müßten, damit sich nur die tüchtigsten Aerzte zu dieser Stellung meldeten. Der Abg. Faßbender (Zentr.) schlug sogar vor, den Regierungs- u. Medizinalräten die Ausstellung von Obergutachten für Berufsgenossenschaften zu untersagen und diese den Kreisärzten zuzuwenden, da jene schon an und für sich verhältnismäßig aureichende Gehälter und Reisespesen bezögen, ein Vorschlag, der wohl nirgends Gegenliebe finden wird und auf völlig falscher Information beruht; denn bekanntlich haben die preußischen Regierungs- und Medizinalräte bei der bisherigen Medizinal- und Gehaltsreform gegenüber den Kreisärzten so schlecht abgeschnitten, daß es der Zentralinstanz schon schwierig wird, geeignete Kräfte für diese Stellung zu finden. Tüchtige Kreisärzte bleiben eben viel lieber in ihrem bisherigen einträglichen und unabhängigeren Amte, namentlich, wenn sie kein eigenes Vermögen besitzen; denn ohne einen recht erheblichen Zuschuß aus diesem können sie als Regierungs- und Medizinalräte gar nicht auskommen.

Sehr erfreulich ist es, daß sich die Vertreter der nationalliberalen (Dr. Arning) und der freikonservativen Partei (Lüdicke) sowie des Zentrums (Dr. Faßbender) ausdrücklich gegen eine etwaige Unterstellung der Kreisärzte unter die Landräte bei der bevorstehenden Verwaltungsreform aussprachen und die Beibehaltung der bisherigen Koordination verlangten. Gegen die Aufhebung der Provinzialmedizinalkollegien hatte Dr. Arning nichts einzuwenden; eine etwa notwendige Regelung betreffs Einholung der gerichtsärztlichen Obergutachten und betreffs Kontrolle der Obduktionsverhandlungen könne dem Justizministerium überlassen werden.

Einen großen Umfang nahm in der Generaldebatte die Erörterung über das Praktische Jahr, über den Leipziger Verband und den angeblich bevorstehenden Aerztestreik ein. In ersterer Hinsicht wurde mehrfach betont, daß zur Fortbildung der Praktikanten am besten die Tätigkeit in kleineren und

mittleren Krankenhäusern geeignet sei; Dr. Faßbender empfahl auch eine solche bei einem tüchtigen vielbeschäftigten Arzte. Hinsichtlich des Leipziger Verbandes wurde zwar verschiedentlich die Ansicht vertreten, daß er in der Form wohl mehrfach das Maß überschritten habe; anderseits wurde aber allseitig, selbst von sozialdemokratischer Seite, zugegeben, daß der Zusammenschluß der Aerzte zu einem derartigen Verbande notwendig war, um die Proletarisierung des ärztlichen Standes zu verhüten und ihn namentlich vor den standesunwürdigen Forderungen der Krankenkassen zu schützen. Um einen Aerztestreik, der weder im Interesse der Krankenkassen und der Aerzte selbst, noch im Interesse des öffentlichen Wohles liege, zu verhüten, empfehle sich eine Vermittlung der Staatsregierung, der dadurch jedenfalls eine schwierige Aufgabe erwächst.

Außer diesen Fragen fanden noch viele andere eine längere oder kürzere Erörterung. Sehr energisch wurde von den Abgg. Dr. Arning (natll.) und Wagner (kons.) für Aufrechterhaltung der obligatorischen Schutzpockenimpfung eingetreten; ebenso erfuhren die Behauptungen der Impfgegner über angebliche Impfbeschädigungen durch Herrn Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner eine scharfe Zurückweisung unter gleichzeitiger Betonung, daß auf eine strenge Durchführung des Impfgesetzes nicht verzichtet werden könne, so lange, wie dies bisher der Fall sei, die fortwährende Gefahr einer Einschleppung der Pocken aus den Grenzbezirken bestehe. Die Anregungen des Abg. Dr. Arning (natll.) auf Vermehrung der Medizinaluntersuchungsanstalten und des Abg. Rosenow (fortschr. Volksp.) auf Förderung der sozialen Medizin durch Einrichtung von Lehrstühlen und Fortbildungskursen wurden von dem Ministerialdirektor in entgegenkommender Weise beantwortet; dasselbe gilt betreffs der Anfragen über Regelung des Apothekenwesens, über die Beaufsichtigung des Arzneimittelhandels usw. Betreffs der übrigen zur Verhandlung gebrachten Gegenstände: Ueberhandnahme des ärztlichen Spezialistentums, Tuberkulosebekämpfung, Wohnungshygiene, Nahrungsmittelhygiene, Weinkontrolle, Flußverunreinigung usw. wird auf den nachfolgenden Auszug aus dem stenographischen Bericht verwiesen.

Abg. v. der Osten, Berichterstatter (kons.) bemerkt, daß in der Kommission angeregt sei, daß die unter verschiedenen Ministerien zerstreuten **Bäder zweckmäßig** unter der Verwaltung eines Ministeriums, und zwar der **Medizinalverwaltung** des Ministeriums des Innern, vereinigt werden würden.

Der Minister des Innern v. Dallwitz bemerkt, daß diese Frage schon mehrfach im Abgeordnetenhause und in kommissarischen Beratungen erörtert sei. Auch er habe nach dem Uebergang der Medizinalverwaltung auf das Ministerium des Innern Anlaß genommen, sich mit der Frage zu beschäftigen, sei jedoch zu der Auffassung gelangt, daß zurzeit manche Gründe gegen eine Aenderung des jetzigen Zustandes sprechen. Die der Bergverwaltung unterstellten fiskalischen Bäder seien mit dem Betriebe von Salinen verbunden und blieben deshalb besser der Bergverwaltung angegliedert; die sonstigen fiskalischen Bäder gehörten als Teile des werbenden staatlichen Grundbesitzes zur Domänen-

verwaltung und erfreuten sich hier einer so eingehenden Fürsorge, auch in sanitärer Beziehung, daß ein dringendes sachliches Bedürfnis zu einer anderweitigen Regelung der Ressortverhältnisse nicht vorzuliegen scheine.

Abg. Dr. Arning (nat.-lib.) begrüßt zunächst auch im Namen seiner politischen Freunde die Tatsache, daß zum erstenmal an die **Spitze der Medizinalabteilung ein Arzt** gestellt und der jetzige Leiter eine in wissenschaftlichen Kreisen ganz besonders hoch geachtete Kraft sei. Gerade auch aus dieser Ursache wünsche er, daß der Medizinalabteilung die sämtlichen Bäder unterstellt würden. Durch gewisse Maßnahmen habe die Medizinalabteilung schon jetzt einen vorteilhaften Einfluß auf das kleine Bad Rehburg ausgeübt, das bisher von dem landwirtschaftlichen Ministerium stiefmütterlich behandelt sei. Redner hofft, daß die dortigen Verhältnisse wesentlich geändert würden; das Bad habe es verdient, denn es sei ganz besonders geeignet, der Gesundung derjenigen Volksteile Hannovers zu dienen, die weniger bemittelt sind, des Mittelstandes und der Arbeiterschaft.

Redner kommt dann auf die neuen **Vorschriften über den Bau von Krankenhäusern** zu sprechen, über die vielfach Klage geführt werde, weil sie in ihren Anforderungen zu weit gingen und zu rücksichtslos gehandhabt würden. Ob diese Klagen gerechtfertigt seien, lasse sich schwer beurteilen; im allgemeinen werde in den Vorschriften nicht mehr verlangt, als im hygienischen Interesse gefordert werden müsse.

Auch über die Vorschriften, betreffend das **praktische Jahr** der Mediziner, seien Beschwerden laut geworden, namentlich nach der Richtung hin, daß Krankenanstalten nur dann einen Praktikanten annehmen dürfen, wenn ein im Hause wohnender Assistenzarzt angestellt sei. Nach Redners Ansicht sei es keineswegs zutreffend, daß die Praktikanten an diesen Krankenhäusern eine nicht genügende Ausbildung bekommen, dagegen bestehe durch diese Maßnahme die Gefahr, daß die Praktikanten mehr als bisher in die großen Krankenhäuser gedrängt würden. Ob die Ausbildung aber da im Sinne der Absicht des Praktikantenjahres eine bessere sei als in einem mittleren Krankenhause, müsse er bezweifeln; denn in mittleren Krankenhäusern komme der Praktikant viel mehr mit allen Zweigen der Medizin in Berührung und arbeite mehr unter der direkten Aufsicht des leitenden Arztes. Dadurch würde auch dem immer mehr Ueberhandnehmen des **Spezialstudiums** in der Medizin am wirksamsten vorgebeugt. Auch die Forderung, daß an kleineren Krankenhäusern, z. B. den Kreiskrankenhäusern im Lande mit 50 Betten, stets ein zweiter Arzt (Assistenzarzt) angestellt sein müsse, um einen Praktikanten annehmen zu können, sei zu rigoros.

Betreffs der in der Kommission hauptsächlich von konservativer Seite und von seiten des Zentrums vorgebrachten Klagen über zu große **sanitäre Unkosten**, die auf Betreiben der **Kreisärzte** den kleineren Ortschaften der Kreise auferlegt würden, bemerkt Redner, daß, wenn man solche Klagen vorbringe, es doch wohl nötig sei, sie auch durch Zahlenmaterial zu begründen. Dies sei aber in der Kommission nicht geschehen. Jedenfalls müsse die Gesundheit unserer Bevölkerung zunächst einmal sichergestellt sein, wenn sie überhaupt im Sinne ihrer eigenen erwerblichen und gewerblichen Stellung und im Sinne der Volkskraft richtig ausgebildet werden soll. Deshalb sollte man, selbst wenn hier und da eine etwas zu starke Belastung dadurch komme, die Sparschraube nicht an dieser Stelle anlegen, sondern lieber an anderen Stellen, wo sie für die Bevölkerung in den betreffenden Gegenden und für die Bevölkerung der Monarchie im allgemeinen weniger schädlich sei. Es scheine, als ob diese Klagen dahin führen sollten, den von mancher Seite gehegten Wunsch, die Kreisärzte dienstlich den Landräten zu subordinieren, zur Durchführung zu bringen. Auch die Wünsche gewisser Kreise in der Immediatkommission gingen dahin; desgleichen sei dieser Gedanke in einer Veröffentlichung mit offiziösem Charakter ausgesprochen. Diesem Gedanken möchte Redner im Namen seiner Freunde ganz energisch entgegentreten; denn er glaube nicht, daß das zu guten Resultaten führen würde. Er bezweifle auch, ob die Landräte selbst gerade den dringenden Wunsch haben, diese Unterstellung durchgeführt zu sehen, da sie dann zweifellos selbst mit größerer Verantwortlichkeit als bisher belastet würden.

Es seien in der Kommission auch sonst gewisse Klagen über das Verhalten der Kreisärzte laut geworden. Man habe gesagt, daß sie nicht praktisch

genug seien, daß sie die örtlichen Verhältnisse, die Verhältnisse der Steuerkraft, der Leistungsfähigkeit, nicht genügend berücksichtigten, daß sie Verlangen stellten an die Gemeinden und ihnen Auflagen machten, die diese nicht ertragen könnten. So sei da auch die Rede gewesen von einem Ort von 6000 Einwohnern, in dem auf Betreiben des Kreisarztes ein Krankenhaus für 240000 M. gebaut sein soll. Die Sache sei nicht nachzuprüfen gewesen, weil der Ort nicht angegeben sei. Die Kreisärzte seien aber gar nicht in der Lage, irgendeine Auflage zu machen, sondern könnten nur irgendetwas empfehlen, während die Auflage vom Landrat oder vom Regierungspräsident bestimmt werde, der dafür zu sorgen habe, daß derartige Forderungen nicht durchgeführt würden, wenn die Gemeinde die Last nicht tragen könne.

Unter den zahlreichen tüchtigen Kreisärzten mögen auch solche sein, die nicht die Fähigkeit haben, die ihnen obliegenden Pflichten zu erfüllen; es sei aber sicher nur der Bruchteil eines Prozentes. Leute, die ihrer amtlichen Stellung nicht genügen, gebe es auch in anderen Fächern, sogar in sehr viel höheren, sie sollen schon in Ministerien vorgekommen sein. Es sei auch geklagt, daß es Kreisärzte gebe, die keinen Düngerhaufen sehen könnten und jedes Dorf davon befreien wollten, weil sie den Dünger nicht riechen möchten. So schlau sei aber wohl jeder Kreisarzt, daß er wisse, daß Dünger zur Landwirtschaft notwendig sei, und daß dieser meistens nicht gerade den allerschönsten Duft habe. Allerdings müsse sich der Kreisarzt öfter mit diesem wichtigen landwirtschaftlichen Objekt beschäftigen; dann liege aber eine sehr wichtige Veranlassung dazu vor, nämlich daß häufig die Düngerhaufen recht mangelhaft angelegt seien und sich an Stellen befänden, von wo aus sie die Brunnen beeinflussten. Daß aus dieser Ursache schwere Typhusepidemien in gewissen Gegenden bereits entstanden sind und lange angehalten haben, sei allgemein bekannt. Man möge deshalb etwas Uebereifer darin verzeihen; denn dieser Uebereifer sei begründet in der Sorge um das Wohl der Bevölkerung, und zwar in einer Weise, wie es durchaus notwendig und nicht zu umgehen sei, wenn die Bevölkerung auf dem Lande gesund bleiben und ihrem Erwerb in aller Ordnung nachgehen soll.

In der Kommission sei auch die **Trinkwasserversorgung** auf dem Lande erörtert und dabei der Wunsch ausgesprochen worden, man möge, wo es nötig sei, zu einer besseren Trinkwasserversorgung mit hergeleitetem Wasser kommen. Auf der einen Seite sei gesagt, daß das Geld dazu fehle; auf der anderen Seite habe man auf die Fonds unter Nr. 25 oder 27 hingewiesen. Jedenfalls sei die Frage so wichtig für manche Gegenden, daß man darüber nicht streiten, sondern dafür sorgen sollte, daß angemessene Fonds für solche Zwecke vorhanden seien; es handele sich hier um die Gesundheit weiterer Kreise des Volkes; deshalb sollte in diesem Falle die Allgemeinheit eingreifen und die Kosten den Gemeinden oder Gruppen von Gemeinden, die sich mit besserem Trinkwasser versorgen müssen, um gesund zu bleiben, tragen helfen. Jedenfalls werde an allen diesen Sachen nichts dadurch geändert, daß man etwa die Kreisärzte den Landräten subordiniert, wenn es auch nicht in disziplinarischer, sondern nur in allgemein dienstlicher Beziehung beabsichtigt sei. Man sollte vielmehr *die Stellung der Kreisärzte heben, damit sich nur die Tüchtigsten zu solchen Stellen melden, und ihnen Gelegenheit geben, zu verdienen, damit sie sich geradezu zu diesen Stellen drängen.*

Redner bemängelt weiter, daß nur **11 Untersuchungsämter** für die Medizinalbehörden in den Provinzen vorhanden sind und in der Provinz Hannover, diese Untersuchungen zum Teil in dem Institut der Universität Göttingen ausgeführt werden. Das werde in manchen anderen Gegenden ebenso der Fall sein, weil eben die Untersuchungsstellen in vielen Bezirken fehlen. Außerdem könne es jetzt, nachdem die Medizinalabteilung vom Kultusministerium getrennt sei, zu Schwierigkeiten zwischen den verschiedenen Ressorts kommen, wenn die Universitätsanstalten mit den Untersuchungen beauftragt werden. Die hygienischen Institute an den Universitäten sollten überhaupt nicht mit diesen rein praktischen Untersuchungen zu sehr belastet werden; denn sie seien für Forschungs- und Lehrzwecke vorhanden. Man solle diese Untersuchungsstellen auch nicht zu sehr konzentrieren, da die Untersuchungsgegenstände bei einer langen Reise in großer Hitze oder Kälte Veränderungen eingehen können, so daß eine ordentliche Untersuchung unmöglich sei. Im Interesse der allgemeinen Gesund-

heit dürfe man hier nicht zu sparsam sein; auch solle man die Untersuchungsämter nicht in Mietswohnungen unterbringen, in denen noch andere Leute wohnen, die dadurch gefährdet werden können. Es sei auch passiert, daß in diesen Untersuchungsräumen infolge der räumlichen Beschränkung Infektionen der Angestellten vorgekommen sind, sogar an Cholera. Aus allen diesen Gründen sei es wünschenswert, die Untersuchungsanstalten in besonderen Gebäuden unterzubringen, die von den betreffenden Städten sicherlich gern errichtet und an den Staat dann abvermietet würden. Redner möchte gern wissen, ob die in Frage kommende Stelle im Ministerium geneigt sei, sich mit diesem Wunsche weiter zu beschäftigen, und bittet weiter um bessere Bezahlung und etatsmäßige Anstellung der Diener in den Medizinaluntersuchungsämtern. Außerdem wünscht er, daß die an diesen Instituten angestellten Kreisärzte besser entlohnt werden, da sie jetzt meist nur zwei bis drei Jahre in dieser Stellung bleiben und dann fortgehen, weil sie in den Kreisarztstellen auf dem Lande durch ihre Nebeneinnahmen bis zum doppelten und dreifachen Betrage von dem verdienen, was sie in jüngeren Dienstjahren an den Untersuchungsanstalten bekommen. Es sei aber durchaus wünschenswert, daß die an diesen Stellen beschäftigten Kreisärzte recht lange dort bleiben, denn es sei eine Tätigkeit, die eine ganz besondere Geschicklichkeit erfordere und die man nur durch langjährige Uebung gewinnen könne. Auch die bedeutenderen Stellen am Institut für Infektionskrankheiten solle man in dem Maße aufbessern, daß hervorragende Gelehrte eine ihrer Bedeutung entsprechende Honorierung erhalten können, die über den etatsmäßigen Satz hinausgehe. Das Institut für Infektionskrankheiten habe einen Weltruf bekommen durch seinen früheren berühmten Leiter Robert Koch, dessen Geist über diesem Institut schwebe; man müsse deshalb dafür sorgen, daß möglichst tüchtige und möglichst angesehene Aerzte an ihm heimisch werden und dauernd an ihm bleiben. Man sollte deshalb auch nicht, wie beabsichtigt sei, die vierte Direktorstelle eingehen lassen, denn die Geschäfte des Instituts hätten einen solchen Umfang und eine solche Bedeutung gewonnen, daß mindestens vier Direktoren notwendig seien.

Die **Medizinalkollegien** möchte der Finanzminister aus Ersparnisgründen aufheben, während der Justizminister sie nicht entbehren zu können glaubt. Vielleicht könnte man hier einen Mittelweg einschlagen und die eigentlichen Medizinalkollegien bei den Oberpräsidien als solche aufheben, aber eine Institution schaffen, die sich zusammensetzt aus einem Regierungsmedizinalrat und einigen tüchtigen Aerzten, die von Fall zu Fall zusammenberufen werden, um die Entscheidungen zu treffen, die dem Justizminister durchaus notwendig erscheinen.

In der Kommission sei auch über die **Impffrage** gesprochen, eine Angelegenheit, die zwar zur Kompetenz des Reiches gehöre, auf die Redner aber mit Rücksicht auf gewisse Aeußerungen in der Kommission mit einigen Worten eingehen zu müssen glaubt. Es sei u. a. darauf hingewiesen worden, daß zwar im vorigen Jahre die Petitionen der Impfgegner im Reichstage abgelehnt seien, daß sie aber in diesem Jahre wiederkommen würden; tatsächlich seien sie auch schon zu einigen Hunderten bei diesem eingelaufen. Es sei dann gesagt worden, es wären früher die einzelnen Fraktionen in bezug auf ihre Entscheidung in dieser Frage gespalten gewesen; das würde auch in diesem Jahre der Fall sein, wo die Petitionen der Impfgegner mehr Berücksichtigung finden würden, hauptsächlich deswegen, weil jetzt auch unter der nationalliberalen Fraktion des Reichstages Anhänger der Impfgegner seien. Daß diese Petitionen einen praktischen Erfolg haben werden, sei ganz ausgeschlossen; denn selbst, wenn sich eine Mehrheit dafür im Reichstage finden sollte, sei wohl mit Sicherheit anzunehmen, daß die Regierung in Preußen, wie die Regierung im Reiche dem ein rücksichtsloses quod non entgegenstellen werde. Zum Gesetzemachen gehöre eben im Reiche und in Preußen außer den gesetzgebenden Körperschaften die Regierung. Der Grnnd, weswegen diese Petitionen immer wieder kommen, sei der, daß man eine Art Terror auf die Abgeordneten ausüben wolle. Man habe auch gesagt, der böse Dr. Arning und der böse Dr. Mugdan hätten ihr Reichstagsmandat verloren, weil sie gewagt hätten, gegen die Impfgegner im Reichstage aufzutreten; deshalb habe sich eine starke Agitation gegen sie in ihren Wahlkreisen entfaltet, und deshalb

seien sie in der Wahl durchgefallen. Redner glaubt nicht, daß dieses die Ursache gewesen sei, aber daraus, daß sie als solche angeführt sei, erkenne man doch, daß hier ganz bestimmte Zwecke und Absichten vorliegen: Man wolle eben die Abgeordneten verhindern, daß sie für den Standpunkt der Regierung sich einsetzen, was durchaus notwendig ist; denn jeder, der die Verhältnisse aus den Statistiken kenne, wisse, daß wir nur durch den Impfzwang von dieser furchtbaren Seuche frei geworden seien (sehr richtig!) und daß wir ihr wieder anheimfallen würden, wenn der Impfzwang in irgendeiner Weise gemildert oder aufgehoben werden sollte (sehr richtig!). Daß im Laufe der Jahre einmal hie und da unter den Millionen Impfungen in einzelnen Fällen wirklich etwas sich ereignen kann, lasse sich zwar nicht bestreiten, aber gegenüber dem Segen, den das Impfgesetz gebracht habe, müßten gerade die Herren Sozialdemokraten doch der Anschauung sein, daß da auch einmal unter Umständen bei dem Nutzen für viele Millionen ein Einzelner ein gewisses Leid auf sich nehmen müsse. Das sei in der ganzen Welt immer so gewesen und werde auch im sozialdemokratischen Zukunftsstaate so sein. Redner hofft, daß auch im Reichstag sich immer mehr und mehr Redner finden mögen, die für das Impfgesetz eintreten. Auch die Gewissensklausel könne nicht eingeführt werden, höchstens könne eine gesetzliche Entschädigungspflicht des Staates oder der impfenden Aerzte in Erwähnung gezogen werden für solche Schäden, die wirklich durch die Impfung hervorgerufen seien. Es müßte dann der Richter entscheiden, ob durch die Impfung tatsächlich ein Schaden hervorgerufen sei; dann würde ganz gewiß in all den Fällen, die durch die impfgegnerische Presse gehen, nachgewiesen werden, daß die weitaus meisten, fast alle dieser Fälle durchaus nicht berechtigt seien, in dieser Form vorgebracht zu werden. Es sei auch der Wunsch geäußert worden, eine Kommission zur nochmaligen Prüfung der Impffrage einzusetzen, bestehend aus Impfgegnern und Impffreunden. Redner glaubt, daß die Impfgegner, die in dieser Kommission sitzen würden, zu derselben Ueberzeugung kommen müßten, wie die Impffreunde, wenn sie das Material einsehen, das von der Medizinalabteilung des Ministeriums zur Verfügung gestellt werden könne, und worüber der jetzige verdienstvolle Leiter der Medizinalabteilung auch ein ganz ausgezeichnetes Büchlein veröffentlicht habe. Diese Kommission müßte aber auch mal mit Gelegenheit bekommen, wirklich eine Pockenepidemie zu sehen. Selbst unter den vorhandenen 30000 und mehr Aerzten gebe es nur wenige Tausende, die überhaupt einen Pockenfall gesehen haben, weil eben die Krankheit infolge des Impfgesetzes fast verschwunden sei. Redner selbst habe als Student ein einziges Mal Pocken gesehen; in Afrika, wo die Pocken noch herrschen, habe er aber Epidemien beobachtet, in denen Zehntausende erkrankten und Tausende starben. Da habe er gesehen, welch furchtbare Seuche es sei. Das müßten die Herren Impfgegner gesehen haben, wenn sie urteilen wollen. (Bravo!) Dabei sollte man die Bedingung stellen, daß diese Impfgegner ungeimpft hinausfahren, um sich solch eine Pockenepidemie anzuschauen (sehr gut! und Heiterkeit); sie würden es aber sicherlich vorziehen, sich ganz schnell vorher impfen zu lassen. (Bravo!)

Der von der Sozialdemokratie gestellte Antrag betreffend **Regelung des Irrenwesens**[1]) gehört nach Ansicht des Redners streng genommen nicht vor das Forum des Abgeordnetenhauses (Zustimmung und Widerspruch). Die Angelegenheit bedeute aber unzweifelhalt eine Reform und deswegen schade es nichts, wenn auch sie behandelt werde. Er schlage daher vor, den Antrag der Justizkommission zu überwiesen.

Der zweite Antrag der Sozialdemokratie, der eine sehr beachtungswerte Anregung auf dem **Gebiete des Mutterschutzes und der Säuglingspflege** gebe,[1])

[1]) Die beiden von der Sozialdemokratie gestellten Anträge lauten:

a) die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, in den nächstjährigen Etat einen Betrag von 3000000 M. einzusetzen zu Beihilfen für Veranstaltungen Dritter zwecks Säuglings- und Mutterschutz, diesen Betrag ohne Rücksicht auf die religiöse oder politische Gesinnung der Veranstalter paritätisch zu verteilen und über die Verwendung des Fonds im einzelnen alljährlich zugleich mit dem Etat Rechnung zu legen, und zwar unter genauer Bezeichnung der Empfänger der einzelnen Beträge;

b) die Königliche Staatsregierung zu ersuchen, sobald als möglich einen Gesetzentwurf zur Regelung und Reform des Irrenrechts vorzulegen.

gehöre zwar ebenfalls nicht zur Kompetenz des Abgeordnetenhauses; weil aber in der Kommission der dringende Wunsch geäußert sei, es möge in Preußen für die Säuglingspflege mehr geschehen, empfehle er, auch diesen Antrag einer Kommission zu überweisen, und zwar der Budgetkommission. (Sehr richtig! und Bravo!)

Redner kommt zum Schluß noch mit einigen Worten auf den **Leipziger Verband** zu sprechen, da dieser in der Kommssion scharf angegriffen sei. Er bemerkt, daß er persönlich nicht dem Verbande angehöre und auch sonst von ihm nichts zu erwarten habe; wenn er trotzdem spreche, so geschehe es, weil er sich dazu als Arzt für verpflichtet halte. Neben unangenehmen Wirkungen, die der Leipziger Verband für manche Kreise der Bevölkerung habe, habe er auch gute Wirkungen gehabt. Unangenehme Wirkungen für andere Leute habe jeder Kampf, der zugunsten einer bestimmten Klasse geführt werde. Ob man die freien sozialdemokratischen Gewerkschaften nehme oder die Bewegung der Handwerker oder die Bestrebungen des Bundes der Landwirte in ihrer wirtschaftlichen Natur — in irgendeiner Richtung drücke jede solche Bewegung immer und werde unangenehm empfunden. (Sehr gut!) So sei es natürlich auch beim Leipziger Aerzteverband. Er habe aber auch seine guten Wirkungen gehabt und vor allem dafür gesorgt, daß der früher besonders in den kleinen Landstädten unter den ansässigen Aerzten herrschende Streit, Mißgunst, Haß, Zank, unter dem auch die Patienten litten, aufgehört habe. Allerdings nicht überall — es gebe auch jetzt noch Krakehler —, aber im ganzen seien ganz andere und wesentlich bessere Verhältnisse hervorgerufen worden, die vor allen Dingen den Patienten zugute kommen. Man müsse auch Rücksicht darauf nehmen, aus welcher Not der Dinge heraus der Leipziger Verband entstanden sei. Die Ursache liege in dem Beginn unserer sozialen Gesetzgebung, nicht in der sozialen Gesetzgebung als solcher, sondern weil man die soziale Gesetzgebung in den 80er Jahren einleitete, ohne auch nur irgend einen Arzt zu fragen. Die Aerzte haben die ganze Last zu tragen gehabt und seien nicht gefragt worden, wie man es einrichten möge, seien niemals hinzugezogen worden, um darzustellen, wie sie es selber haben möchten. So sei es zu Zuständen in dem Aerztestande gekommen, die geradezu zu einer Demoralisation führten, führen mußten, weil die Bezahlung sich so niedrig stellte, daß es für einen Arzt, der nicht eine gute Privatpraxis nebenher hatte, gar nicht mehr möglich war, aus der kleinen Praxis seinen Lebensunterhalt in normaler Arbeit zu erwerben. Bei mancher Krankenkasse sei für die einzelne Konsulation 10 Pfg., und für einen Besuch etwa 13 Pfg. bezahlt. Das sei der Grund gewesen, weswegen der Leipziger Verband sich gebildet habe und sich bilden mußte, wenn der Aerztestand nicht moralisch zugrunde gehen sollte. (Sehr richtig! links.) Die Verhältnisse haben sich zwar infolgedessen gebessert; so gut, wie sie sein sollten, seien sie aber jetzt noch lange nicht. Der Aerztestand sei in der Verteidigung gewesen, aber auch bei Defensivstellung sei der Hieb die beste Parade, denn nur auf diese Weise könne man etwas erreichen. Man könnte nun sagen: Nachdem die Verhältnisse besser geworden sind, könnte die ganze Bewegung aufhören. Es liege aber wieder eine Unterlassungssünde der Reichsbehörden vor; denn als der erste Entwurf der Reichsversicherungsordnung gemacht sei, habe man keinen einzigen Arzt hinzugezogen und diese fertiggestellt, ohne einen der Aerzte, die doch die Hauptträger dieser ganzen Angelegenheiten sein sollten, zu hören. Da mußte von seiten der Aerzte eingegriffen werden, und das habe der Leipziger Verband getan. Nun hat es sich um die sogenannte f r e i e A r z t w a h l gehandelt, nicht um eine allgemeine absolut freie, sondern um eine beschränkte; auch sei es dem Leipziger Verband absolut klar, daß man weder an allen Orten noch unter allen Verhältnissen die freie Arztwahl durchführen könne. Bis zu einem gewissen Grade müsse sie aber als Grundsatz betrachtet werden. Nach der neuen Reichsversicherungsordnung unterstehen der Krankenversicherung 20 Millionen erwerbende Personen, und wenn die Familienversicherung mit durchgeführt wird, was die Aerzte im allgemeinen durchaus wünschen, so steige diese Ziffer auf etwa 40 Millionen, also auf $^2/_3$ unseres Volkes, die dann in den Händen einer gewissen Anzahl festangestellter, sogenannter fixierter Aerzte sein würden. Den jungen Aerzten würde es unter solchen Umständen nicht möglich sein, in die Kassenpraxis hineinzukommen; andere Privatpraxis würden sie aber auch nicht bekommen, weil gerade die wohlhabenden Kreise sich nicht an die jungen

Aerzte, sondern an die älteren Aerzte wenden. Wir würden also einer vollständigen Proletarisierung der neu hinzukommenden jungen Aerzte gegenüberstehen, wenn ihnen nicht die Möglichkeit gegeben werde, unter allen Umständen in irgendeiner Form an dieser Gesamtheit der Kassenpraxis mit teilzunehmen, was nur durch Einführung der freien Arztwahl möglich sei. Wäre es so weiter gegangen, wie bisher, so würde es ganz unzweifelhaft dazu gekommen sein, daß die Aerzte im allgemeinen zu Angestellten geworden wären, zu Angestellten der sozialdemokratischen Orts- oder der Betriebskassen oder sonst dergleichen. Sie wären gewissermaßen Privatbeamte geworden, und es würde weiterdrängend dahin gekommen sein, den ganzen ärztlichen Beruf zu verstaatlichen, den Arzt zu einem Beamten zu machen. Am schlechtesten dabei wären aber die Patienten gefahren. Wenn man von diesen Gesichtspunkten die Bewegung des Leipziger Verbandes beurteile, dann müsse man sagen, daß weder seine Gründung unberechtigt war, noch daß seine jetzige Existenz unberechtigt ist. Er strebe dahin, die wenigen Leute, die es überhaupt mit akademischer Bildung in einem freien Stande gibt, in diesem freien Stande zu erhalten. Nur die Aerzte und die Rechtsanwälte stellen einen freien Stand dar, und der ärztliche Stand habe sich trotz aller schweren Lasten, die auf ihm lagen, trotz allem, was auf ihn drückte, doch im großen und ganzen frei erhalten, obwohl er beinahe schon der Proletarisierung der Sozialdemokraten anheimgefallen war. Das sollten doch auch gerade die Herren von der Rechten bedenken, wenn sie sich mit der Frage des Leipziger Verbandes und des Aerztestandes beschäftigen. Redner möchte anderseits auch den Leipziger Verband dringend ermahnen, nicht gar zu sehr über das Ziel hinauszuschießen, den Bogen weder in der Form, noch in den Tatsachen zu überspannen; denn wenn er den Kampf, den er jetzt führt, und den er im Sinne des ärztlichen Standes gut geführt hat, wirklich zu einem siegreichen Abschlusse bringen will, muß er auch die Sympathien der bürgerlichen Bevölkerung auf seiner Seite haben; (sehr gut!) sie darf er sich nicht verscherzen. Wenn der Leipziger Verband dann erreicht, daß der ärztliche Stand in seiner schönen, stolzen, alten Freiheit erhalten bleibt, dann hat er für das ganze Volk etwas geleistet. (Lebhafter Beifall bei den Nationalliberalen und Freikonservativen.)

Abg. Dr. Faßbender (Zent.) schließt sich im Namen seiner Fraktion den warmen Worten der Begrüßung an, die der Vorredner dem neuen **Leiter der Medizinalabteilung,** Herrn Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner, gewidmet hat und zollt dem aus dem Amte geschiedenen früheren Leiter der Abteilung, Exzellenz Foerster, ebenfalls seine Anerkennung. Mit der Besetzung der Stelle des Leiters durch einen Mediziner seien die Wünsche weiter Kreise erfüllt. Es lasse sich indessen nicht verkennen, daß für den Mediziner in dieser Stellung auch gewisse Gefahren entstehen können, die für den reinen Verwaltungsbeamten in Wegfall kommen. Der Mediziner könne leichter einseitig werden, indem er alle an ihn herantretenden Fragen aus dem Gesichtswinkel seines Spezialfaches zu beurteilen geneigt sei; im manchen Kreisen sei auch diese Befürchtung bei der Besetzung mit einem Mediziner ausgesprochen worden, besonders deshalb, weil gerade Herr Ministerialdirektor Kirchner auf dem Gebiet der Bakteriologie als Autorität gilt. Redner glaubt jedoch, daß solche Gefahr gerade ein auf dem weiten Gebiete der Medizin so allgemein durchgebildeter Gelehrter, wie es Ministerialdirektor Kirchner anerkanntermaßen ist, leicht zu vermeiden und die anderen Gebiete der Medizin neben den auf Grund der Bakteriologie sich aufbauenden Teilen ebenfalls auch in ihrer Berechtigung und Bedeutung zu würdigen wissen wird. Er sei der Ueberzeugung — und diese Ueberzeugung sei besonders, auch in den Kreisen der Aerzte allgemein —, daß man seiner objektiven und sachkundigen Leitung alles Vertrauen entgegenbringen dürfe. Der Ansicht des Vorredners daß die **Kreisärzte** in einer mehr selbständigen Stellung erhalten werden sollen und müssen, kann sich Redner nur voll und ganz anschließen. Betreffs der Frage des **praktischen Jahres** teile er die Bedenken wegen Bevorzugung der großen Krankenhäuser. Der Grundgedanke der Einrichtung des „praktischen Jahres" lasse sich dahin zusammenfassen, daß mit dem Bestehen des ärztlichen Staatsexamens die technische Ausbildung des jungen Arztes nicht abgeschlossen sein solle, sondern daß er vor dem Eintritt in die freie ärztliche Praxis einer mindestens einjährigen Tätigkeit an einem Krankenhaus zur Einführung in die

wirkliche Praxis des Lebens bedürfe. In der Tagespresse habe dabei besonders die Frage eine Rolle gespielt, ob der Praktikant mit der Stellung eines selbstverantwortlichen Assistenten oder nur mit der Stellung eines Famulus bei einem Assistenten zu betrauen sei, und weiter, bezüglich der Wahl des Krankenhauses, ob er nur dort Aufnahme finden solle, wo ein Assistenzarzt tätig sei und im Krankenhaus wohne, oder ob auch kleinere Krankenhäuser ohne Assistenzarzt in Frage kommen sollen. Dann komme noch die Frage, ob ein Krankenhaus gezwungen werden könne, einen Praktikanten, der ihm zugewiesen werde, aufzunehmen. Gegen solchen Zwang müsse man sich entschieden aussprechen; denn bei konfessionellen Krankenhäusern könnten z. B. allerlei Unzuträglichkeiten entstehen, wenn Praktikanten von ganz wesentlich verschiedener Anschauung dort Aufnahme finden müßten. Für die Frage des „praktischen Jahres“ müßten zwei Gesichtspunkte in gleicher Weise maßgebend sein: die Vorbereitung des jungen Arztes auf den späteren Beruf und der Schutz des Publikums vor unreifen, nicht hinlänglich geschulten Anfängern. Nach Zeitungsnotizen habe vor einigen Tagen eine Konferenz der preußischen Regierungsmedizinalräte stattgefunden, in der über das praktische Jahr und seine Neugestaltung beraten worden sei; ob diese aber gerade die richtigen Persönlichkeiten seien, die über diese Frage zu urteilen in der Lage wären, sei doch zweifelhaft, da sie in der Regel der ärztlichen Praxis einigermaßen fernstehen. Die durch den gegenwärtig in Geltung befindlichen Ministerialerlaß geschaffene Lage der Medizinalpraktikanten stelle eigentlich nur eine Verlängerung des medizinischen Universitätsstudiums dar, aber keine Einführung in die Praxis im eigentlichen Sinne des Wortes. Einen wirklichen guten Sinn könne die Einrichtung des Jahres nur dadurch gewinnen, daß der Uebergang vom theoretischen Studium zur Praxis sich in der Weise vollziehe, daß der junge Mann nicht unvermittelt nach bestandenem Examen vor Aufgaben gestellte werde, wie sie das praktische Leben erfordere. Um den rechten Uebergang zu schaffen, sollte man ihn deshalb zu Praktikern schicken, die mitten im Leben stehend ihm zeigen können, welche Anforderungen eben dieses Leben stelle und wie diese Anforderungen in Einklang gebracht werden können mit der wissenschaftlichen Theorie. Nur auf diese Weise können die jungen Leute auch lernen in kleinen und kleinsten Verhältnissen den Aufgaben ihres Berufes gerecht zu werden. Die erste praktische Betätigung in großen Krankenhäusern sei aber unzweifelhaft ein ganz falsches Mittel. Anleitung dazu könne nur der ältere Kollege geben, der unter solch einfachen, ja primitiven Verhältnissen selbst zu praktizieren gewöhnt sei (sehr richtig! im Zentrum). Wenn man im Richterstande eine genügend große Anzahl von Richtern dazu für befähigt halte, die Referendare in die Praxis einzuführen und die erste Tätigkeit der Assessoren zu überwachen, so dürfte auch unter den praktischen Aerzten und besonders unter denen, die an kleinen und mittleren Krankenhäusern tätig sind, eine genügende Anzahl sich finden, die zu einer derartigen Einführung der Medizinalpraktikanten befähigt erscheinen. Insbesondere dürfte aber gerade der allgemeine Praxis treibende praktische Arzt an kleinen Orten, der in allen Sätteln gerecht sein müsse, in erster Linie und hervorragend dazu befähigt sein. Unter der Leitung eines derartigen Arztes würde der junge Mann am besten lernen, in den Fällen, welche an die Kaltblütigkeit, Entschlossenheit und Sicherheit des ärztlichen Handelns die höchsten Anforderungen stellen, sich zurecht zu finden. Bei ihm werde er auch die Kunst der „Improvisation“ bei beschränkten Verhältnissen lernen. Besonders würde er aus praktischen Gründen heraus lernen, wie der Geburtshelfer auch in den einfachsten und primitivsten Verhältnissen ärmlicher Behausungen ohne alle Hilfsmittel und ohne Assistenz die schwierigsten Eingriffe auszuführen imstande sei (sehr richtig! im Zentrum). Wenn heute Lehrstühle für soziale Medizin gefordert würden, so sei diese Forderung sicherlich berechtigt. Besser als alle Vorlesungen über diese Materie sei aber die praktische Einführung in die bezügliche Kasuistik unter Leitung eines praktischen Arztes, der bei den auf Grundlage der sozialen Gesetzgebung geschaffenen Einrichtungen beschäftigt sei. Dadurch würde auch eine ethisch gefestigte Persönlichkeit geschaffen. Jedenfalls seien kleinere Krankenhäuser an kleineren Orten und Aerzte mit allgemeiner Praxis für die Einführung ins praktische Leben in Betracht zu ziehen. Welche Aerzte sich für eine solche Einführung besonders eignen, darüber, würden in

den einzelnen Bezirken die Kreisärzte wohl die beste Auskunft zu geben imstande sein.

Redner weist sodann mit Rücksicht **auf die Tuberkulosebekämpfung** und unter Bezugnahme auf einen Vortrag von Herrn Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner darauf hin, daß die Volksschullehrer nicht genügend aufgeklärt seien über die kolossalen Ansteckungsgefahren, die für die Schule von tuberkulösen Kindern ausgehen können. Man verlange von ganz schwächlichen Kindern, z. B. mit eiterndem tuberkulösen Kniegelenk oder mit eitrigen tuberkulösen Drüsen, den Schulbesuch. Für solche armen schwächlichen Kinder sei aber der gewöhnliche Schulbesuch unzweifelhaft das reinste Gift; jede Genesung werde dadurch verhindert. Dazu käme die große Ansteckungsgefahr, die von solchen offenen eiternden Geschwüren auf die anderen Kindern ausgehe! Deshalb sei eine entsprechende Belehrung der Volksschullehrer in den Lehrerseminaren nach dieser Richtung hin dringend erforderlich. Eine sehr verdienstvolle Arbeit über die Lage der hausindustriellen Schuhmacher in Neustadt in Oberschlesien sei von dem Kreisarzt Med.-Rat Dr. Schmidt in „Hildebrands Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik" vor nicht langer Zeit veröffentlicht worden. Es bedürfe einer zielbewußten systematischen, über den ganzen Bezirk auszudehnenden Arbeit, um die hier herrschenden schrecklichen Zustände zu beseitigen. Die Professoren Dr. Römer und Dr. Petruschky hätten als Ergebnis der modernen Tuberkuloseforschung hingestellt, daß in der Regel bereits im Kindesalter der Keim zur Tuberkulose erworben werde. Die Kindertuberkulose stelle das Primärstadium dar, aus dem durch Metastase, d. h. durch Weiterspülung der primären Drüsentuberkulose des Kindesalters, später die eigentliche Erkrankung der offenen Tuberkulose entstehe. Also nicht durch direkte Einatmung der Bazillen, sondern durch schwere tuberkulöse Reinfektion, von innen her erfolge der Ausbruch der Krankheit. Es könne danach also kaum einem Zweifel unterliegen, daß das Kindesalter für die Bekämpfung der Tuberkulose von der größten Bedeutung sei und daß, wenn man eine wirkliche Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit erzielen wolle, vor allen Dingen an den Schutz der Jugend gedacht werden müsse. Nach den Untersuchungen von Dr. Hellwig-Zinnowitz wirke die Schule schon an und für sich durch die vielfach schlechten Luftverhältnisse, den erzwungenen Mangel an Bewegung, die geistige Anstrengung usw. auf die ganze Blutbildung und den Aufbau des Organismus sehr übel. Für die meisten Kinder sei das lange Sitzen in der Schule, zumal wenn die frische Luftzuführung nicht ganz rege und ausgezeichnet sei, ein stark blutzersetzendes Mittel, das bei der Bedeutung des Blutes für den Aufbau des Körpers, vor allem seiner Organe, eine enorme Bedeutung habe. Deshalb sei auch die von verschiedenen Provinzialbehörden in jüngster Zeit getroffene Bestimmung über das Lebensalter der Kinder beim Eintritt in die Volksschule, wonach diese in gewissen Fällen schon im Alter von $5^1/_2$ Jahren zu erfolgen habe, zu bedauern und dringend erwünscht, daß diese Bestimmung mit Hilfe der sachverständigen Medizinalabteilung wieder in Wegfall komme; vor dem 6. Lebensjahre solle eine Aufnahme in die Volksschule nicht zulässig sein. Es heiße auch hier: Mens sana in corpore sano!

Redner zeigt dann an einem Falle, daß die **gerichtsärztlichen Gebühren** zu gering seien und nicht ausreichten, um den Ausfall, den besonders die Landärzte durch die Teilnahme an gerichtlichen Terminen erlitten, zu decken. Er bittet den Minister, dem beregten Uebelstande abzuhelfen und dafür zu sorgen, daß die Landärzte, die im allgemeinen gewiß kein üppiges Leben führen und in der Regel auch nicht in der Lage seien, etwas zurückzulegen, deren Lage mit einem Worte vielfach geradezu kläglich sei, nicht mehr mit einem derartigen jämmerlichen Satz als Gutachter vorlieb nehmen müßten. Der Arzt müsse in zahlreichen Fällen als Gutachter herangezogen werden und könne sich dem nicht entziehen; dann solle man ihm aber auch anständig bezahlen.

Weiterhin bemängelt Redner die zu große Höhe **der Leichenschaugebühr auf dem Lande** und bittet ebenfalls um Abhilfe, damit die armen Leute nicht allzusehr belastet würden.

Desgleichen spricht er im Namen von mehreren Fraktionsgenossen den Wunsch aus, daß den **Regierungs-Medizinalräten,** die verhältnismäßig ausreichende Gehälter und Reisespesen beziehen, von Berufsgenossenschaften usw. keine Obergutachten mehr zugewiesen würden, sondern mit deren Erstattung die Kreisärzte, die nur halb besoldet seien, beauftragt würden.

Er wünscht ferner, daß die **Lasten der Landgemeinden** nicht allzusehr durch die zu hohen Anforderungen der Medizinalbeamten bezüglich Seuchenisolierhäuser, Wasserleitungen, Kanalisation, Ausstattung der Krankenhäuser anwachsen möchten. Die Kosten, die hygienische Maßnahmen erfordern, dürften allerdings nicht auf ein Minimum herabgedrückt werden, man dürfe es auch auf dem Lande nicht an hygienischen Maßnahmen fehlen lassen; aber bei den hohen Kommunallasten, unter denen die Einwohner vieler Gemeinden seufzen, müsse weise Sparsamkeit überall erstrebt werden.

Bezüglich der **Wasserversorgung in Landgemeinden** sei in der Budgetkommission angeregt worden, Beihilfen aus Staatsmitteln in höherem Maße zu gewähren und deshalb den Titel 27, betreffend Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, durch einen Zusatz zu erweitern „Beihilfen an leistungsschwache Gemeinden für Ausgaben auf dem Gebiete des Medizinalwesens". Diesen Antrag könne Redner namens seiner politischen Freunde nur sehr warm unterstützen; man könnte vielleicht noch zusetzen: „Beihilfen an leistungsschwache Gemeinden auf dem Gebiete des Medizinalwesens und der Gesundheitspflege."

Desgleichen spricht er die Hoffnung aus, daß die Schwierigkeiten, die einer Vereinheitlichung der **Verwaltung der Bäder** entgegenstehen, sich nicht als überwindlich zeigen werden und es recht bald dazu kommen möge, daß die staatlichen Bäder sämtlich und einheitlich der Medizinalabteilung unterstellt würden.

Gegenüber den Bestrebungen in Apothekerkreisen auf Beseitigung der **Dispensieranstalten in Krankenhäusern** weist Redner darauf hin, daß die Dispensieranstalten bei den Revisionen stets besser abgeschnitten hätten als die Apotheken selbst; im Jahre 1909 seien 46,25 % als sehr gut und keine als ungenügend befunden. Das Ergebnis spreche unbedingt für die Beibehaltung der Dispensieranstalten der Krankenhäuser, die außerdem für die Verwaltung der Krankenhäuser, besonders mit Rücksicht auf die Billigkeit der Arzneiversorgung, außerordentlich wichtig sei.

Das vom Vorredner in bezug auf das Ueberwuchern des **Spezialistentums** Gesagte, kann Redner nur unterschreiben. Ganz sicher spiele bei diesem Phänomen eine Rolle die Ausgestaltung unserer sozialen Gesetzgebung und die damit in Verbindung stehenden niedrigen Sätze, welche die Aerzte vielfach für ihre Leistungen zu liquidieren in der Lage sind. Dazu komme noch der Umstand, daß auch unter den Aerzten wie in anderen Ständen eine ganze Masse von Leuten sich zur Stadt, besonders zur Großstadt hinwendet, und daß dann natürlich bei der großen Anhäufung der Aerzte in der Großstadt man nach Mitteln suche, um die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Zu diesem Mittel gehöre in erster Linie die Ausübung eines Spezialfaches, das mehr Anziehungskraft auszuüben verspricht, als eine allgemeine Praxis. Ferner liege die Ausdehnung des Spezialistentums mit der in einem Teil unserer Aerzteschaft herrschenden Auffassung zusammen, daß das einzelne Organ gewissermaßen als für sich bestehend betrachtet und viel weniger an die organische Auffassung des Körpers und an seine teleologische Zusammensetzung gedacht werde. Die Hauptschuld an dem Ueberwuchern des Spezialistentums trage aber die Ignoranz weiter Kreise des Publikums in naturwissenschaftlichen, medizinischen und hygienischen Dingen, und vor allem die Operationssucht. Solange es noch Leute gebe, die überhaupt von der ganzen Einrichtung des menschlichen Körpers und von allen hygienischen Maßnahmen noch so verworrene Begriffe hätten, wie man sie heute vielfach in gebildeten Kreisen finde, werde auch das Spezialistentum, genau ebenso wie das Kurpfuschertum immer seinen Zulauf finden. Ein Spezialistentum in einem gewissen Umfange sei notwendig, daß aber ein Fünftel aller Aerzte Spezialisten sei, sei ein ungesundes Verhältnis! Remedur könne nur geschaffen werden durch bessere Aufklärung. Durch die Bestrebungen der „Naturheilkunde", die eine sehr große Verbreitung gefunden habe, habe sich unzweifelhaft schon eine Reaktion gegen das Spezialistentum entwickelt; es gehe aus den Kreisen der Naturheilkunde eine außerordentlich rege Belehrung der Volksmassen über vernünftige Lebensweise hervor, die geeignet sei, dem Wahn entgegenzutreten, als könnte man die Gesundheit auf Flaschen gezogen aus der Apotheke beziehen und als sei der Körper ein Konglomerat von einzelnen besonders zu behandelnden Organen.

Zum Schluß äußerte sich Redner noch über die beiden von der Sozial-

demokratie gestellten Anträge. Beim **Irrenrecht** komme für Preußen die Verfügung vom 26. März 1901 mit Anweisung über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten in Betracht. Danach bestehe für alle Anstalten (öffentliche und private) die Bestimmung, daß die Aufnahme in die Anstalt überhaupt nur auf Grund eines ärztlichen Attestes erfolgen könne und die Zustimmung der Ortspolizeibehörde eingeholt werden müsse. Handele es sich sodann um vermögensrechtliche Fragen, so sei außer Ortspolizeibehörde auch Staatsanwaltschaft und Amtsgericht zu benachrichtigen. Außerdem würden die Anstalten jährlich zweimal durch den Kreisarzt und einmal durch die Besuchskommission revidiert. Es seien danach viele Vorsichtsmaßregel getroffen, um Ungehörigkeiten bei der Aufnahme in Irrenanstalten zu verhüten. Gleichwohl glaube seine Fraktion doch für einen Antrag bezüglich Reform des Irrenrechts insofern eintreten zu müssen, als sie auch bei länger währender Aufnahme in einer Anstalt einen größeren Rechtsschutz, etwa durch Erfordern eines richterlichen Spruches, für zweckmäßig halte. Der Antrag werde deshalb am besten der Justizkommission überwiesen.

Hinsichtlich des Antrages auf **Säuglingsschutz** und Bewilligung von staatlichen Mitteln für diesen Zweck stimme seine Fraktion insofern bei, als nach ihrer Ansicht für diese wichtige Frage der Volksgesundheit und der Volkskraft unzweifelhaft öffentliche Mittel zu bewilligen sind. Schon der heilige Vinzenz von Paul habe auf die Notwendigkeit eines Kinderschutzes und dessen Sicherung durch Bereitstellung der erforderlichen Mittel seitens der Gemeinden oder des Staates hingewiesen. In Preußen bestehe nun bereits eine Landeszentrale für Säuglingsschutz, welche ihre hauptsächlichste Aufgabe darin findet, die Bezirks- und Lokalbehörden sowie die private Wohlfahrtspflege anzuregen zum Ausbau bestehender Einrichtungen und zur Begründung neuer, die alle für den Säuglingsschutz in Betracht kommenden Fragen schon in ausgezeichneter Weise zu ihrer Aufgabe gemacht haben. Redner möchte deshalb den Antrag stellen, daß der dieser Zentrale bisher gewährte Zuschuß von 2500 M. wesentlich erhöht werde (sehr wahr! bei den Freikonservativen).

Im übrigen sei der sozialdemokratische Antrag der Budgetkommission zu überweisen. (Bravo!)

Minister des Innern v. Dalwitz: Der Herr Vorredner hat dem Wunsche Ausdruck gegeben, daß eine Ausdehnung des **Spezialistentums durch** die Medizinalverwaltung nicht gefördert werden möge. Ich kann ihm mitteilen, daß nicht beabsichtigt ist, besondere Ausbildungskurse für Spezialisten einzuführen, um so weniger, als auch im Aerztestande selbst kein Wert darauf gelegt wird, das Spezialistentum noch mehr zu entwickeln, als es jetzt schon der Fall ist.

Was die Befugnis geprüfter Krankenschwestern betrifft, in den **Dispensieranstalten** der Krankenhäuser Arzneien herzustellen, so liegt nicht die Absicht vor, an dieser Befugnis irgend etwas zu ändern oder sie einzuschränken.

Herr Abg. Dr. Faßbender hat ferner verschiedene Maßnahmen in Anregung gebracht, welche der Ansteckungsgefahr durch **Tuberkulose** in den Volksschulen entgegenwirken sollen. Die erste Anregung betrifft das Alter der schulpflichtigen Kinder; er hat dem Wunsche Ausdruck gegeben, Kinder vor vollendetem 6. Lebensjahre nicht in Volksschulen unterzubringen. Ich möchte anheimstellen, diesen Wunsch dem Herrn Kultusminister vorzutragen, da es wohl eher Sache des Unterrichtsministers sein würde, darüber zu befinden, von welchem Lebensjahre an der Besuch der Volksschulen gestattet sein soll. Dem weiteren Wunsche aber, daß Kinder und Lehrer, die mit Tuberkulose behaftet sind, von den Volksschulen ferngehalten werden, wird schon jetzt Rechnung getragen, da durch eine gemeinsame Verfügung des Kultusministers und des Ministers des Innern vom 9. Juli 1907 ausdrücklich angeordnet worden ist, daß Kinder und Lehrer, die mit Tuberkulose behaftet sind, von den Volksschulen ferngehalten werden sollen.

Dem Wunsche des Herrn Abgeordneten Dr. Faßbender, in den Seminaren Kurse oder Belehrungen über die Ansteckungsgefahr und über die Verbreitung übertragbarer Krankheiten eintreten zu lassen, ist bereits Rechnung getragen: in den Seminaren finden schon jetzt eingehende Belehrungen über die Verbreitung übertragbarer Krankheiten und die verschiedenen Methoden, ihr entgegenzuwirken, statt.

Dann hat Herr Abg. Dr. Faßbender und ebenso Herr Abg. Dr. Arning vorher eine Reihe von Wünschen über das **Praktische Jahr** der Mediziner ausgesprochen. Ich bin nicht in der Lage, heute zu diesen Wünschen Stellung zu nehmen, weil die Bestimmungen über das Praktische Jahr reichsgesetzlich geregelt sind. Sie sind auf Grund des § 29 der Gewerbeordnung vom Bundesrat erlassen; die Landeszentralbehörde ist lediglich bei der Ausführung und bei der Aufsicht über die Durchführung beteiligt. Da aber seit einer Reihe von Jahren Klagen über die Art und Weise, wie das Praktische Jahr zur Durchführung gebracht wird, laut geworden sind, so ist bereits im Dezember 1910 von der Medizinalverwaltung in Verbindung mit der Unterrichtsverwaltung ein Ersuchen an die Provinzialbehörden, die medizinischen Fakultäten und die Aerztekammern ergangen um Aeußerung darüber, ob und welche Mißstände bei dem Praktischen Jahr hervorgetreten sind. Die Berichterstattung hat ein reiches Material gegeben. Gleichzeitig sind Verhandlungen mit dem Reichsamt des Innern eingeleitet worden, um über das Ergebnis dieser Berichte in kommissarische Verhandlungen zwischen der Reichsleitung und den preußischen Ressorts einzutreten und eventuell eine Aenderung der bestehenden Vorschriften herbeizuführen. Vor kurzem sind auch die Regierungs- und Medizinalräte der Monarchie über diese wichtige Frage der ärztlichen Ausbildung vom Standpunkte der Aufsicht über den Vollzug des Praktischen Jahres noch besonders gehört worden. Bei den demnächst mit dem Reichsamt des Innern stattfindenden kommissarischen Verhandlungen werden auch die Wünsche, die von den Herren Dr. Arning und Dr. Faßbender heute zur Sprache gebracht worden sind, erörtert und geprüft werden (Bravo!).

Abg. Lüdicke (freikons.) gibt ebenfalls namens seiner politischen Freunde der Freude Ausdruck, daß ein **Mediziner an die Spitze der Medizinalverwaltung** berufen worden und damit ein alter Wunsch der Aerzte erfüllt sei. Die Anregung, daß sämtliche staatlichen **Bäder** unter einem Ressort vereinigt werden mögen, werde auch von der Partei des Redners für sehr dankenswert gehalten. Maßgebend für die Bäderverwaltung sei in erster Linie die Zweckbestimmung, d. h. daß sie Heilbäder sein sollen; daher gehören sie ebenso wie Krankenhäuser zu der Medizinalverwaltung und würden am besten dieser einheitlich unterstellt. Dann sei auch zu hoffen, daß aus den unter einer sachkundigen Leitung stehenden Bädern viel mehr als bisher gemacht werde.

Daß die **Ueberlastung der Kommunalverwaltungen** durch die Medizinalverwaltung herbeigeführt werden könne, sei allerdings richtig; tatsächlich falle aber die Ueberlastung der Kommunen in ihrer Allgemeinheit weit weniger in das Gebiet der Medizinalverwaltung, als vielmehr in das sonstige Gebiet des Ministeriums des Innern. Wenn jedoch einer Stadt von 6000 Einwohnern mit Kommunalsteuerzuschlägen von 215 % der Bau eines Krankenhauses zugemutet sein sollte, dann wäre es in der Tat Aufgabe der Medizinalverwaltung gewesen, hier ändernd einzuwirken (Lebhafte Zustimmung rechts). Aufgabe der Verwaltungsbehörden sei es auch, bei den Anleihegesuchen der Kommunen die Pläne der Krankenhäuser daraufhin zu prüfen, ob nicht hierbei gerade für die äußere Ausstattung zu viel getan werde. Man müsse sich bei hoher Kommunalbelastung mit dem Notwendigen bescheiden und nicht das Wünschenswerte fordern; allerdings dürfe die Gesundheitspflege aus finanziellen Gründen nicht zurückgestellt werden.

Betreffs der Frage, ob die **Kreisärzte** etwa den Landräten unterstellt werden sollten, erklärt Redner namens seiner politischen Freunde, daß der Kreisarzt ein dem Landrat durchaus koordinierter Beamter und seine Unterstellung unter den Landrat nicht angängig sei (Sehr richtig! bei den Nationalliberalen).

Der den Krankenkassen angeblich angedrohte **Aerztestreik** sei durchaus akut und überaus wichtig, jedenfalls dürfe der große Ernst der Lage nicht verkannt werden. Die Beschlüsse des Deutschen Aerztetages in Stuttgart vom 23. Juni 1911, wonach ein jeder Vertrag, den ein Arzt, der **zum Leipziger Verband** gehöre, mit einer Krankenkasse abschließe, dem Leipziger Verband zur Begutachtung und zur Prüfung vorgelegt werden solle, seien von sehr weittragender Bedeutung (Sehr richtig! bei den Freikonservativen). Es sei allerdings richtig, daß man in der Allgemeinheit von einem Generalstreik der Aerzte nicht sprechen könne, da ja die Aerzte stets bereit sein werden, ihre ärztliche Kunst in den Dienst der leidenden Menschheit zu

stellen. Es handele sich bei dem drohenden Streik nur darum, ob die Aerzte die Krankenkassen weiterhin als Vertragspartei anerkennen, mit anderen Worten, ob nach den Grundsätzen liquidiert werden soll, wie sie die Krankenkassen aufgestellt haben oder nach der gesetzlichen Taxe. Der Ansicht des Abg. Dr. Arning, daß es für den ärztlichen Stand eine Notwendigkeit war, sich zu einem Verbande zusammenzuschließen, um der Proletarisierung des ärztlichen Standes entgegen zu treten, stimmt Redner durchaus zu; denn die sozialpolitischen Gesetze, insbesondere das Krankenversicherungsgesetz, haben eine ungeahnte Vermehrung des ärztlichen Studiums mit sich gebracht und dazu geführt, daß verschiedene Vorstände von Krankenkassen versucht haben, den Aerzten gegenüber von ihrem Rechte des Mächtigeren Gebrauch zu machen, für die Aerzte recht wenig günstige, ja geradezu ungeheuerliche Verträge abzuschließen. Darum sei es ganz selbstverständlich und durchaus gerechtfertigt, wenn die Aerzte sich damals zum Leipziger Verband zusammenfanden, um ihre Standesinteressen geltend zu machen. Der ärztliche Stand sei ferner in eine sehr schwierige Lage durch die Reichsversicherungsordnung insofern gekommen, als die Einkommensgrenze für die Versicherten auf 2500 Mark heraufgesetzt ist und künftighin möglicherweise 40 Millionen Einwohner des Deutschen Reiches zu den Krankenkassen gehören. Dadurch werde es den jungen Aerzten in der Tat überaus schwer sein, sich eine freie Privatpraxis zu erwerben. Anderseits sei zweifellos durch Angehörige des Leipziger Verbandes eine Ueberspannung eingetreten; es sei z. B. nicht richtig, wenn Aerzte des Leipziger Verbandes erklären, daß sie sich mit den übrigen sogenannten Krankenkassenärzten in Cöln nicht gemeinschaftlich an einer wissenschaftlichen Veranstaltung des Magistrats zu Cöln beteiligen; dadurch werde das persönliche Moment über das sachliche gesetzt (sehr richtig!). Immerhin müsse man doch anerkennen, daß ein solcher Zusammenschluß der Aerzte notwendig war. Für die Königliche Staatsregierung erwachse unter den obwaltenden Verhältnissen die wichtige Aufgabe, vermittelnd einzugreifen, damit es nicht zum Streik komme. Hoffentlich werde es ihr gelingen, diese Vermittelung so zu führen, daß dabei ein günstiger Erfolg sowohl für die Krankenkassen und ihre Patienten als vor allem auch für den bedrohten Aerztestand erreicht werde (Lebhafter Beifall).

Abg. Rosenow (fortschr. Vpt.) begrüßt ebenfalls im Namen seiner Partei die Tatsache, daß das Medizinalwesen vom Kultusministerium abgetrennt und an **seine Spitze** nicht, wie bisher, ein Jurist, sondern ein **Arzt** gestellt sei. Hoffentlich werde die Königliche Staatsregierung auch auf anderen Gebieten den Wünschen seiner Partei Rechnung tragen. Er wünscht dann eine bessere **Ausbildung der jungen Aerzte in der sozialen Medizin,** die jetzt nicht genügend sei, namentlich mit Rücksicht darauf, daß der Arzt jetzt vielleicht drei Viertel seiner ganzen Tätigkeit im Rahmen der heutigen sozialen Gesetzgebung auszuüben habe (sehr richtig!). Arbeitnehmer und Arbeitgeber haben deshalb das lebhafteste Interesse daran, daß der Arzt die richtigen Maßnahmen trifft, in richtiger Erkenntnis und Kenntnis der Dinge, die sich abspielen. Statt die Lehrstühle für soziale Medizin zu vermehren, scheine man aber einen Rückschritt gemacht zu haben, indem der Lehrstuhl an der Berliner Universität nicht besetzt sei. Dieser Rückschritt sei lebhaft zu beklagen; denn die Aerzte selbst wünschen sehnlichst, daß die Medizinstudierenden die Möglichkeit haben, sich in der sozialen Medizin gehörig auszubilden. Redner bittet deshalb den Herrn Minister des Innern, sich mit dem Kultusministerium in Verbindung zu setzen und dafür zu sorgen, daß zum Zwecke der gehörigen Ausbildung der Aerzte der Berliner Lehrstuhl für soziale Medizin wieder besetzt und daß die Errichtung von Lehrstühlen für soziale Medizin auch weiter gefördert werde. Alles werde jetzt von der sozialen Gesetzgebung beherrscht, immer weitere Kreise der Bevölkerung werden in die sozialen Versicherungsgesetze einbezogen, um so wichtiger sei es, daß für eine gehörige Ausbildung der Aerzte nach dieser Richtung hin gesorgt werde.

Daß die Medizinalverwaltung gelegentlich an die Gemeinden übermäßig **hohe Anforderungen** in bezug auf die **Ausführung der vorgeschriebenen hygienischen Maßregeln** stellt, habe auch seine Partei zu beklagen; sie sei aber nicht der Meinung, daß da, wo wichtige Aufgaben der Hygiene zu erfüllen seien, ein Zurückschrauben eintreten müsse. Gleichwohl sollte man den aus-

führenden Organen auf diesem Gebiete, den Kreisärzten usw., anempfehlen, nicht zu weit zu gehen und auch auf die Leistungsfähigkeit der Gemeinden Rücksicht zu nehmen oder man müsse den Gemeinden nicht mehr alles aufbürden, sondern den Staat dafür eintreten lassen (sehr richtig!). Wenn von kleinen Gemeinden der Bau eines größeren Krankenhauses verlangt werde, dessen Kosten über ihre Kräfte hinausgehe, so sei dies zweifellos ein Uebermaß, dem entgegengetreten werden müsse. Die Staatsregierung müsse aber bei hygienischen Maßnahmen mehr als bisher helfen und von dem Herrn Finanzminister größere Mittel fordern, um diese Aufgaben erfüllen zu können.

Daß das **Spezialistentum** übermäßig ausgedehnt werde, sei allerdings nicht erwünscht; die neueren Errungenschaften in der Medizin seien aber so groß, daß ein einzelner Arzt alle Zweige der Medizin nicht so beherrschen könne, um es vor seinem Gewissen verantworten zu können, alle Arten Krankheiten zu behandeln und zu heilen (sehr richtig!). Daraus ergebe sich eine Spezialisierung, die auch in den verschiedenen Lehrstühlen und Kliniken zum Ausdruck gelangen. Das Verlangen, daß die Spezialärzte ein besonderes Examen für ihr Spezialfach ablegen müßten, würde eine Härte sein; das könne man getrost den Aerztekammern überlassen, die schon dafür sorgen werden, daß sich nicht jemand ohne genügende Vorbildung als Spezialist ausgebe.

In bezug auf die Frage des **Leipziger Verbandes** sollte man eine mehr neutrale Stellung einnehmen, wie dies auch von der Staatsregierung geschehe. Sowohl bei den Aerzten, wie bei den Krankenkassen werde hier und da gesündigt, aber das sei erklärlich, weil sie sich ja in einem Kriege befinden. Man müsse aber anerkennen, daß zuerst die Aerzte die Angegriffenen gewesen seien; sie haben weiter nichts getan, als sich gegenüber den Angriffen zu organisieren und sich zu Gewerkschaften zusammengeschlossen. Die Aerzte, die im wesentlichen ihren Erwerb in der Betätigung auf dem Gebiete der sozialen Gesetzgebung, der Krankenkassen, Invalidenversicherung und Invalidität finden, mußten darauf bedacht sein, daß sich nicht ein Proletariat herausbilde, das unbeschäftigt herumlaufe. Deswegen haben sie die freie Arztwahl gewünscht, die einem großen Kreis von Aerzten Beschäftigung gewähre. Wenn also die Aerzte sich zum Leipziger Aerzteverband zusammengeschlossen haben, so kann man ihnen daraus keinen Vorwurf machen. Sie tun nur das, was die Sozialdemokraten auch getan haben. Von einem Aerztestreik in dem Sinne, daß die Aerzte versagen werden, Kranke zu behandeln, sei an keiner Stelle des Leipziger Verbandes die Rede gewesen. Die Kranken würden ärztliche Hilfe finden, auch wenn es zu einem Zerwürfnis mit den Krankenkassen kommen sollte: nur wollen die Aerzte sich nicht den Krankenkassen unterwerfen und nicht nach den Bedingungen, die ihnen von diesen vorgeschrieben werden, behandeln lassen. Das sei ein großer Unterschied. Man solle versuchen, vermittelnd einzugreifen, was ja auch die Staatregierung zugesagt habe. Mehr werde man nicht tun können, weil man die Aerzte nicht zwingen könne, zu Bedingungen zu arbeiten, die ihnen nicht genehm sind. Wenn die Krankenkassen glauben, besser zu fahren bei einer beschränkten Aerztewahl, die sie anstellen, so mögen sie den Aerzten auch das Recht zubilligen, ihre Geschäfte nach dieser Richtung hin zu fördern. Schon bei Beratung der Reichsversicherungsordnung sei gerade diese Frage ein außerordentlicher Streitpunkt gewesen, und man hat schließlich den Stein der Waisen nicht gefunden, gesetzlich die Dinge zu regeln. Deshalb bleibe nichts übrig, als daß die beiden streitenden Parteien versuchen, sich zu vereinigen. Wenn die Aerzte den Krankenkassen und die Krankenkassen den Aerzten ein wenig entgegenkommen, werde man hoffentlich unter Mithilfe der Medizinalverwaltung einen Weg finden und zu einem abschließlichen Frieden kommen. Die Krankenkassenmitglieder selbst verlangen die freie Arztwahl; die Krankenkassenvorstände sind dagegen anderer Meinung. Man könne daraus sehen, daß auf diesem Gebiete auch verschiedene Meinungen bei den Krankenkassen sich finden.

Redner bespricht nunmehr die Aufgabe der Staatsregierung in bezug auf die **Versorgung der Säuglinge mit guter Milch.** Eigentlich gehöre diese zu den Aufgaben der Gemeinde. Aber nicht jede Gemeinde sei in der Lage, aus eigenen Mitteln soviel anzuwenden wie die Großstädte. Die Mittel, die von seiten der Staatsregierung an die preußische Zentrale für Säuglingsschutz gegeben werden, seien sehr minimal; hier könne mehr angefordert und aufgewendet werden von seiten der Medizinalverwaltung.

Betreffs des **praktischen Jahres** kann Redner nur bestätigen, daß die Bestimmung, wonach junge Aerzte, die eben ihr Examen bestanden haben, nicht ohne weiteres auf die Menschheit losgelassen werden sollen, sehr zweckmäßig ist. Wenn das praktische Jahr aber wie jetzt gehandhabt werde, sei es weiter nichts als eine Zeitvergeudung. Das praktische Jahr müsse anders organisiert und den jungen Medizinern Gelegenheit gegeben werden, am Krankenbett sich zu betätigen, damit sie lernten, mit den Kranken umzugehen, eine Krankheit zu heilen und zu diagnostizieren. Desgleichen müsse dafür gesorgt werden, daß den Medizinalpraktikanten seitens der Krankenanstalten keine Schwierigkeiten gemacht werden. Es sei eine geradezu ungeheuerliche Tatsache, daß eine öffentliche Krankenanstalt, der von der Staatsregierung die Befugnis zur **Annahme von Medizinalpraktikanten** verliehen worden sei, diese ihrer Religion wegen zurückweise. So haben junge Medizinalpraktikanten von Krankenhaus zu Krankenhaus ziehen müssen, ohne daß es ihnen möglich gewesen sei, eine Ausbildungsstelle zu finden.

Redner bittet hierin Wandel zu schaffen. Desgleichen hofft er, daß auch auf einem anderen Gebiete — bei der Ernennung zu **Kreisärzten** — derartige konfessionelle Unterschiede nicht aufrecht erhalten würden, denn er könne ein Recht des Staates nicht anerkennen, die jüdischen Aerzte anders zu behandeln als andere. Auf medizinischem Gebiete werde Hervorragendes von christlichen und von jüdischen Aerzten geleistet; zum Wohle der Menschheit müßten auf diesem Gebiete die besten Kräfte genommen werden, wo sie zu bekommen seien. Wenn die Medizinalverwaltung so ihren Aufgaben gerecht werde, dann werde sie sich den Beifall des ganzen Landes sichern und zum Segen des ganzen Volkes wirken. (Lebhafter Beifall bei der fortschrittlichen Volkspartei).

Ministerialrat Prof. Dr. Kirchner versichert zunächst dem Vorredner, daß sein Wunsch, der Ausbildung der Aerzte in der **sozialen Medizin** eine größere Aufmerksamkeit als bisher zuzuwenden, im Ministerium des Innern aufs lebhafteste geteilt werde. Gerade gegenwärtig, angesichts des bevorstehenden Inkrafttretens der Reichsversicherungsordnung, müßte der größte Wert darauf gelegt werden, daß die künftigen praktischen Aerzte, die ja fast alle in der sozialen Versicherung werden tätig sein müssen, auf diesem Gebiete ausreichend unterrichtet sind (sehr richtig!). Die Errichtung von Lehrstühlen für soziale Medizin an den Universitäten gehöre zum Ressort des Herrn Kultusministern; dieser befinde sich aber mit dem Herrn Minister des Innern darin in Uebereinstimmung, daß an den Universitäten Lehraufträge für soziale Medizin erteilt werden. Damit ist auch bereits an allen Universitäten vorgegangen worden, auch die medizinische Fakultät der hiesigen Universität ist aufgefordert worden, Vorschläge über eine geeignete Persönlichkeit, der künftig dieser Lehrauftrag zu erteilen sein wird, zu machen (bravo!). Redner kann allerdings aus eigener Erfahrung feststellen, daß bei den Studierenden der Medizin doch nur wenig Neigung bestehe, diese Disziplin zu treiben, und kann ihnen dies nicht allzu sehr übel nehmen. Sie haben in den 10 Semestern so viel zu lernen, was ihnen für ihren ärztlichen Beruf unentbehrlich ist, und sie verstehen noch nicht ganz die Tragweite der sozialen Medizin. Dazu gehört eine gewisse Gereiftheit, die man erst später erwirbt. Deswegen ist der Gedanke erwogen und weiter verfolgt worden, ob nicht das **praktische Jahr** dazu verwertet werden kann, um die angehenden Mediziner gründlich mit der sozialen Medizin vertraut zu machen. Die gegenwärtige Ausnutzung des praktischen Jahres entspricht keineswegs dem, was ursprünglich damit beabsichtigt ist. Es sind aber bereits Verhandlungen darüber im Gange —, um die Verwertung des praktischen Jahres gründlicher und wirksamer zu gestalten. Schon jetzt wird übrigens an den Akademien für praktische Medizin in Cöln und Düsseldorf und in den Vereinigungen, die das Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen ins Leben gerufen hat, diesem Gegenstande besondere Aufmerksamkeit geschenkt, diese Bestrebungen werden auch von dem Herrn Minister pekuniär unterstützt. Dieser wichtige Gegenstand findet also volle Beachtung, daß in nicht zu ferner Zeit der Aerztestand auf diesem Gebiete ausreichend unterrichtet sein wird.

Die gestern von Herrn Abg. Dr. Arning gemachte Mitteilung, daß seitens der Impfgegner wieder gegen die **Schutzpockenimpfung** energisch

Sturm gelaufen werde, ist leider richtig. Es ist aber hervorzuheben, daß das Impfgesetz ein Reichsgesetz ist, und daß daher die Frage, ob die Impfung im Deutschen Reiche bestehen soll oder nicht, in diesem Hohen Hause nicht zum Austrage kommen kann, wohl aber ist es Pflicht der Einzelstaaten, dafür zu sorgen, daß die Impfung, solange sei gesetzlich besteht, so gut durchgeführt werden kann und wird, als nur irgend möglich ist. Dazu ist zu bemerken, daß wir gerade in allerletzter Zeit auf diesem Gebiete alles getan haben, was nach menschlichem Ermessen möglich ist. Die Impfanstalten, in welchen die für die Impfungen erforderliche Lymphe hergestellt wird — in Preußen gibt es deren acht — sind in den letzten Jahren umgebaut oder von Grund auf neu aufgeführt worden. Nur eine einzige, bei der das an ihrer jetzigen Stelle auf dem Schlacht- und Viehhofe nicht möglich war, die in Hannover, ist vorübergehend geschlossen worden, weil die Regierung die Verantwortung für die dort bereitete Lymphe nicht mehr übernehmen wollte. Daraus schließen zu wollen, daß die Königliche Staatsregierung auf die Durchführung der Impfung überhaupt verzichte, das wäre ein sehr bedauerlicher Trugschluß, für den keine Berechtigung vorliegt Gegenüber den vielfachen Behauptungen der Impfgegner, daß Tausende und Abertausende von Kindern infolge der Impfung erkranken und sterben, muß mit allem Nachdruck betont werden, daß dafür keine Unterlage vorliegt. Es wird aber auch eifrig dahin gewirkt, daß die Aerzte die Impfung mit der größten Sorgfalt durchführen, und daß sie dabei besonders die Vorschriften der Antisepsis streng beobachten. Die zahlreichen Fälle, in denen Impfbeschädigungen vorliegen sollen, die in der Zeitschrift „Der Impfgegner" regelmäßig veröffentlicht werden, um das Impfgesetz zu Fall zu bringen, werden in jedem Falle zum Gegenstande eingehender amtlicher Untersuchungen gemacht. Dabei stellt sich dann jedesmal heraus, daß diese angeblichen Impfbeschädigungen entweder vollständig erfunden oder kolossal übertrieben (hört, hört!) oder auf andere Gründe zurückzuführen sind. Es ist eine Unwahrheit, wenn seitens der Impfgegner behauptet wird, daß durch die Impfung unser Volk verseucht wird und daß durch die Impfung zahlreiche Kinder dem Tode zugeführt werden. Das Gegenteil ist der Fall! Die Erfahrungen früherer Jahrhunderte lehren, daß wir zur Verhütung der Pocken die Impfung nicht entbehren können. Und so lange wir von Ländern umgeben sind, in welchen die Impfung nur unvollständig ausgeführt wird, solange jahraus jahrein Hunderttausende von Arbeitern bei uns Beschäftigung finden, die aus Rußland, Oesterreich und anderen Ländern kommen und fortwährend, wie Sie aus Zeitungsnachrichten sehen können, die Pocken bei uns einschleppen, so lange können wir auf eine strenge Durchführung der Impfung nicht verzichten (sehr richtig!) Es muß von der loyalen Gesinnung der Bevölkerung erwartet werden, daß sie sich mit dieser Tatsache abfindet (sehr gut!).

Der Abg. Dr. Arning hat gestern ein Lob auf unser **Institut für Infektionskrankheiten** ausgesprochen und gesagt, daß dieses Institut einen Weltruf genießt. Ich danke ihm dafür und hebe hervor, daß Seine Majestät der Kaiser und König anläßlich der dreißigsten Wiederkehr des Tages, an welchem Robert Koch seine Entdeckung des Tuberkelbacillus bekannt gegeben hat, dem Institut für Infektionskrankheiten den Namen Robert Koch hinzugefügt hat. (Bravo!) Ich glaube, daß wir Seiner Majestät dem Kaiser und König für diese Ehrung des heimgegangenen großen Gelehrten von Herzen dankbar sein können.

Herr Dr. Arning hat darauf hingewiesen, daß bei dem Institut für Infektionskrankheiten eine Abteilungsvorsteherstelle eingegangen ist. Das ist richtig; bisher waren bei diesem Institut vier Abteilungsvorsteherstellen. Als das Institut im Jahre 1901 an seine jetzige Stelle neben dem Rudolf-Virchow-Krankenhause verlegt wurde, wurde ihm seitens der Stadt Berlin die Infektionsabteilung dieses Krankenhauses zur Verfügung gestellt. Da diese Abteilung einen städtischen dirigierenden Arzt besitzt, so wurde damit einer der 4 Abteilungsvorsteher des Instituts für die Zwecke der Krankenbehandlung entbehrlich; es wurde deshalb zwischen den beteiligten Herren Ministern vereinbart, daß diese Stelle eingehen sollte, sobald ihr derzeitiger Inhaber ausschiede. Dieses ist jetzt durch den Tod des verdienstvollen Geheimrats Prof. Dr. Dönitz geschehen. Aber dessen kann der Herr Abg. Dr. Arning versichert sein, daß das Institut für Infektionskrankheiten, das vom Herrn Kultusminister Studt

besonders gefördert worden ist, auch nachdem es zum Ministerium des Innern übergegangen ist, auf seiner wissenschaftlichen Höhe erhalten bleiben wird.

Endlich möchte ich bemerken, daß die dem Ministerium des Innern unterstellten **11 Medizinal-Untersuchungsämter**, von denen der Herr Abg. Arning sprach, nicht ausreichen, um die zur Feststellung von Seuchen notwendigen Untersuchungen in dem ganzen Gebiete des Staates machen zu können, und daß wir daher genötigt sind, uns zu diesem Zwecke auch der hygienischen Universitätsinstitute und einer Reihe von anderen Instituten zu bedienen. Die Lehr- und Forschungstätigkeit, der diese Institute dienen, zieht auch aus dieser mehr praktischen Tätigkeit Anregungen; deswegen wird es, so lange nicht besondere Uebelstände hervortreten, dabei verbleiben müssen, daß auch diese Institute Aufgaben der Medizinalverwaltung erhalten (Bravo! rechts). Dadurch soll aber nicht ausgeschlossen sein, daß auch dem Ausbau der Medizinal-Untersuchungsämter volle Aufmerksamkeit zuteil wird.

Abg. Hammer (kons.): Was die Differenzen zwischen dem **Leipziger Aerzteverband und den Krankenkassen** anlangt, so wünscht die konservative Partei, daß eine gütliche Einigung zwischen beiden Teilen dem gegenwärtigen Kampfzustande baldigst ein Ende macht, der ernste Gefahren für die Volkswohlfahrt mit sich bringt. — Wie auf der einen Seite die Berechtigung des Zusammenschlusses der Aerzte vom Leipziger Verband gegenüber ungerechtfertigten, mit der freien Entwicklung unseres ausgezeichneten Aerztestandes nicht zu vereinbarenden Forderungen mancher Krankenkassen ausdrücklich anerkannt werden muß, so dürfen doch auch die Aerzte ihrerseits sich denjenigen besonderen Pflichten gegenüber den Krankenkassen und ähnlichen Verbänden nicht entziehen, die aus der durch die Gesetzgebung privilegierten Stellung folgen. Die berechtigten Bestrebungen der Aerzte auf Verbesserung ihrer sozialen Lage, auf Wahrung ihrer freien Stellung im Volksleben müssen sich im Einklang halten mit ihren sozialen Pflichten gegenüber der Gesamtheit. Die konservative Partei hofft, daß der Leipziger Verband sich dieses notwendige Gleichmaß zwischen Rechten und Pflichten zur steten Richtschnur seines Handelns nehmen und damit zum sozialen Frieden das Seinige beitragen wird.

Redner bittet dann, das **Apothekenwesen** einer Neuregelung zu unterziehen und bespricht hierauf den **Verkehr mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken** und den Min.-Erlaß vom 10. Januar 1910 über die **Einrichtung und Revision der Drogenhandlungen.** Dringend nötig sei eine der Neuzeit entsprechende Aenderung der gesamten Vorschriften für den Arzneihandel außerhalb der Apotheken; auch das Reichsgericht habe in einem kürzlichen Urteil erklärt, daß die jetzige „Grenzregulierung zwischen Apothekern und dem freien Gewerbebetrieb mit den Anschauungen und Bedürfnissen des Publikums nicht schlechthin in Einklang steht.“ Besonders beschwert fühlt sich der Drogistenverband durch die Art der Revision: immer wieder werden Artikel, deren Freiverkäuflichkeit durch das eine Oberlandesgericht anerkannt ist, im Bereich eines anderen beanstandet; vielfach würde auch von seiten der Revisoren übersehen, daß der „Arzneimittelhandel“ nur ein Teil des Handels bilde und das Schwergewicht der Drogerie der Handel mit gewerblichen Drogen, Chemikalien usw. sei. Daß ein nicht unerheblicher Teil der Drogisten leider immer noch gegen die Gesetze verstoße, lasse sich allerdings nicht leugnen, so daß die Behörden alle Ursache haben, aufzupassen. Die Drogisten haben außerdem den lebhaften Wunsch, daß man die Apotheker-Drogisten, die doch auch ihr Examen gemacht haben und den Apothekern an Ausbildung und Kenntnissen hierin doch vollkommen gleich stehen, bei den Revisionen nicht grundsätzlich zurückstellen möge. Beide Punkte habe die Kommission für Handel und Gewerbe der Königlichen Staatsregierung zur Erwägung empfohlen. Redner hofft, daß diese Angelegenheit nunmehr, den Wünschen der Petenten entsprechend, durch Erlaß geregelt werde.

Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner: Die Klagen des Vorredners sind Gegenstand lebhafter Erwägung gewesen. In den Berichten, die alljährlich über das Gesundheitswesen des Preußischen Staates von der Medizinalabteilung des Ministeriums veröffentlicht werden, und die auch diesem Hohen Hause regelmäßig zugehen, werden auch die Ergebnisse der amtlichen Besichtigungen der **Drogenhandlungen** mitgeteilt. Nach dem letzten Jahresbericht haben nicht weniger als 7977 Besichtigungen von Drogenhandlungen, gleich 36,8 v. H., Anlaß

zu Beanstandungen gegeben (Hört, hört!). Der Herr Abgeordnete **hat** selbst gesagt, **daß** wir alle Veranlassung haben, aufzupassen, und ich kann das nur unterschreiben. Anderseits ist der Herr Minister, wie er hier schon im vorigen Jahre erklärt hat, durchaus bereit, in eine Revision der angezogenen Erlasse einzutreten (Bravo!). Auch sind im Ministerium bereits Vertreter des Drogenhandelsstandes empfangen worden. Wir werden die Wünsche aus diesen Kreisen mit größter Sorgfalt prüfen. Ich möchte aber das eine schon jetzt bemerken, daß es nicht wird zugelassen werden können, wohin auch die Verhandlungen führen mögen, die scharfen Gifte, von denen die Rede war, in den Drogenhandlungen vorrätig zu halten. Daß sie in Verarbeitungen enthalten sind, die in den Drogenhandlungen feilgehalten werden dürfen, ist kein Gegengrund. Wir wissen, daß diese Verarbeitungen von den Drogenhandlungen in der Regel nicht selber hergestellt, sondern in fertigem Zustande von der Großindustrie gekauft werden. Zu dem Wunsche, daß die Großindustrie in den dem Ministerium beigegebenen wissenschaftlich beratenden Organen vertreten sein möge, bemerke ich, daß dies bereits Gegenstand von Erwägungen gewesen ist, die noch nicht zu einem Abschluß geführt haben. Bezüglich der Revision der Drogenhandlungen bemerke ich, daß sie gegenwärtig durch die Kreisärzte und durch diejenigen Apotheker, die als Revisoren der Apotheken in einem amtlichen Verhältnis zu den Bezirksregierungen stehen, stattfindet. Dazu Drogisten heranzuziehen, die gelernte Apotheker sind, liegt keine Veranlassung vor, da gerade die Apothekenrevisoren über eine besondere Erfahrung verfügen.

Was die Frage betrifft, wie es sich mit der **Apothekengesetzgebung** verhält, so möchte ich bemerken, daß darüber im Reiche eingehende Verhandlungen geschwebt haben, und daß bereits ein Reichsapothekengesetz ausgearbeitet worden war. Allein die Schwierigkeiten der reichsgesetzlichen Regelung dieser Angelegenheit sind sehr groß gewesen. Man hat sich daher entschlossen, die Regelung dieser Materie den Einzelstaaten zu überlassen. Ich kann sagen, daß ein bezüglicher Gesetzentwurf bei uns vorbereitet wird, und ich darf die Hoffnung aussprechen, daß es in nicht allzu ferner Zeit gelingen wird, die unverkennbar großen Schwierigkeiten, die hier vorliegen, zu überwinden (Bravo!).

Abg. Hirsch (Soz.): Die in der Kommission erhobenen Klagen über die wachsende **Belastung der Kommunen durch Aufwendungen für die Gesundheitspflege und für die Medizinalpolizei** entbehren nicht einer inneren Berechtigung; man dürfe daraus aber nicht den Schluß ziehen, daß die Kommunen in ihrer Fürsorge für das Gesundheitswesen nachlassen sollen; im Gegenteil, auf diesem Gebiete sei noch lange nicht genug geschehen. Wir haben noch zahlreiche Kommunen ohne jedes Krankenhaus, ganze Länderteile, in denen die Zahl der Krankenanstalten nicht ausreicht; hier müßte der Staat helfend eingreifen. Er müßte den Kommunen, die nicht selbst in der Lage sind, ihre Aufgaben auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege zu erfüllen, Beiträge leisten. Im Etat sind dafür 100000 M. ausgesetzt, im Jahre 1910 davon aber noch nicht einmal 10000 M. verbraucht. Jedenfalls sind die 100000 M. nur ein Tropfen auf einen heißen Stein. Es wäre notwendig, diesen Fonds ganz erheblich zu erhöhen. Selbst mit einigen Millionen würden wir noch nicht auskommen. In einem wirklichen Kulturstaat muß die Gesundheit des Volkes über alles gehen. Das aufgewendete Geld für diesen Zweck wird reichlich Zinsen bringen. Unter diesem allgemeinen Gesichtspunkte sei auch der Antrag seiner Partei über **Säuglings- und Mutterschutz** aufzufassen. Die Säuglingssterblichkeit sei allerdings allmählich bis auf 15,7 gesunken; es gebe aber noch Länder, in denen sie viel geringer is tals bei uns, z. B. in England 12,1, in Schweden 7,7, in Norwegen 6.7 v. H. Hier sei ein Gebiet, auf dem Staat, Kommunen und Vereine gemeinsam arbeiten müssen. Hand in Hand mit dem Säuglingsschutz müsse aber der Mutterschutz gehen. Wenn man wirklich die Säuglingssterblichkeit energisch bekämpfen wolle, dann dürfe man den Kampf nicht erst beginnen, wenn das Kind zur Welt gekommen ist, sondern müsse dafür sorgen, daß schon den schwangeren Frauen ein ausreichender Schutz und eine gute Ernährung zuteil werde. Man dürfe auch bei der Unterstützung der Vereine zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit nicht nach religiöser und politischer Gesinnung der Ver-

anstalter sehen, wie es leider vielfach in Preußen geschehe. Zu einer wirksamen Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit gehöre vor allem auch eine vernünftige **Wohnungshygiene**. Die mangelhafte Ernährung der Säuglinge allein sei nicht die Ursache der hohen Säuglingssrerblichkeit; auch die schlechten Wohnungen trügen hierzu sehr viel bei, wie der Kinderarzt Dr. Rietschel in Dresden nachgewiesen habe. Besonders sei es die nachteilige Wirkung der in den Proletarierwohnungen während des Sommers herrschenden hohen Temperatur, die oft 34—36° C. betrage und die Ursache des bei Flaschenkindern so gefürchteten Brechdurchfalls, der Sommerdiarrhoe sei. Ebenso erheischen auch die Todesfälle im **Kindbett** die größte Aufmerksamkeit aller derer, denen die Gesundheit der Bevölkerung am Herzen liege; denn die Zahl der Frauen, die im Kindbett sterbe, belaufe sich in Preußen auf annähernd 4000. Es fehle insbesondere an **Entbindungsanstalten**: auch die Zahl der **Hebammen** sei nicht ausreichend. Im Etat finden wir 100000 M. zur Unterstützung des Bezirkshebammenwesens; vielleicht ließe sich die Summe erhöhen und dafür Sorge tragen, daß überall eine ausreichende Zahl von Hebammen zur Verfügung steht.

Wenn auch der bisherige Kampf gegen die **Tuberkulose** bereits gute Früchte gezeitigt habe, so dürfe man doch gegenüber der Tatsache, daß im Jahre 1910 noch immer 15,29 $^0/_{000}$ Personen dieser Volksseuche erlegen seien, in dem Kampfe gegen sie nicht nachlassen. Um so bedauerlicher sei es, daß in Preußen nicht die Anzeigepflicht für offene Tuberkulose eingeführt und die betreffende Bestimmung in dem Seuchengesetz seinerzeit trotz des Widerspruchs der Regierung an dem Widerstand der Konservativen gescheitert sei, weil sie davon eine schwere Schädigung der landwirtschaftlichen Interessen fürchtete. Andere Länder seien auf diesem Gebiete weit voran; auch einzelne Bundesstaaten, z. B. Waldeck, Braunschweig, Oldenburg usw., könnten als Vorbild dienen. Man solle deshalb in Preußen die allgemeine Anzeigepflicht für offene Tuberkuloseerkrankungen, ferner die allgemeine obligatorische Leichenschau und eine strikte Vorschrift der Wohnungsdesinfektion in allen Fällen, wo sie notwendig sind, einführen, wie solches auch von dem Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose verlangt werde. Es sei durchaus irrig, wenn man glaube, daß die Tuberkulose nur in den Großstädten oder überhaupt in den Städten so zahlreiche Opfer fordere; auch auf dem Lande lassen die hygienischen Zustäne viel zu wünschen übrig und sei die Zahl der Tuberkuloseerkrankungen verhältnismäßig groß, wie die bekannte Schrift von Prof. Dr. Jacob zeige. Auch hier spiele die Wohnungsfrage eine gewaltige Rolle; ohne Regelung der Wohnungsverhältnisse werde es aber nicht möglich sein, der Tuberkulose Herr zu werden.

Redner kommt nunmehr auf den **Leipziger Verband** zu sprechen und erklärt, daß er den in der Kommission vorgebrachten Klagen über den Terrorismus, die Gemeingefährlichkeit und Skrupellosigkeit des Verbandes zwar nicht beistimmen könne, andernfalls aber auch bestreiten müsse, daß die Aerzte sich anfangs in einer Defensivstellung gegen die Uebergriffe der sozialdemokratischen Vorstände in den Ortskrankenkassee befunden hätten. Diese Behauptung sei falsch, denn in den ersten 10 Jahren nach dem Inkrafttreten des Krankenkassengesetzes haben sich die Arbeiter um die Wahlen zu den Krankenkassenvorständen überhaupt nicht gekümmert, sondern die Arbeitgeber die Kassenvorstände beherrscht. Erst durch das Eindringen der Sozialdemokraten in die Krankenkassen sei es besser geworden, und erst ihrem Eingreifen verdanken es die Aerzte, daß ihre Lage sich gebessert habe (??). Die Aerzte haben zweifellos auch das Recht, sich zu organisieren und von ihrem Koaltionsrecht Gebrauch zu machen; von seiten der Sozialdemokraten werde nur verlangt, daß sich die Regierung in den wirtschaftlichen Kampf zwischen Aerzten und Krankenkassen nicht einmische. Für die Errichtung von paritätischen Kommissionen zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Aerzten und Krankenkassen seien gerade die Sozialdemokraten eingetreten und hätten diese bereits mehrfach durchgeführt; die Aerzte hätten sich aber in anderen Fällen geweigert, mit Krankenkassen Tarifvorschläge abzuschließen.

Auf eine lange Begründung des von den Sozialdemokraten gestellten Antrags, betreffend **Regelung des Irrenrechts**, will Redner verzichten, da die Ueberweisung des Antrags an die Justizkommission gesichert sei. Entgegen

dem von dem Abg. Schmedding in der Budgetkommission vertretenen Standpunkt, die Aufnahme von Geisteskranken in eine Anstalt nicht noch mehr zu erschweren, liege seiner Partei vor allem daran, daß den Internierten gewisse Rechtsgarantien geschaffen werden.

Zum Schluß kommt Redner noch auf die angeblich einseitige Berücksichtigung der Interessen der **Apotheker** seitens der Medizinalverwaltung gegenüber den Drogisten und Krankenkassen zu sprechen. Es sei auffällig, daß ein Herr, der früher selbst Apothekenbesitzer gewesen sei, und der im Apothekerverein, also in einer Interessentenvertretung der Apotheker, eine maßgebende Rolle gespielt hat, als Vertreter der Regierung an den Zusammenkünften der Apotheker teilnehme und von ihm die Interessen der Apotheker einseitig zum Schaden der Gesamtheit wahrgenommen würden. Auch die chemische Industrie beschwere sich darüber und habe das auf der letzten Tagung des Vereins zur Wahrung der Interessen der chemischen Industrie Deutschlands durch Dr. v. Böttiger zum Ausdruck gebracht. Im Volksinteresse müsse man unbedingt fordern, daß die Vertreter der Regierung objektiv vorgehen, und daß das Ministerium alle Anregungen seines Vertreters besonders darauf hin prüft, ob sie nicht eine ungerechtfertigte Begünstigung der Apotheker bezwecken. Das Volk sei nicht dazu da, die ungeheuren Apothekenwerte und die großen Gewinne der Apotheker noch erheblich zu vermehren (Bravo! bei den Soz.-Dem.).

Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner bemerkt zu dem letzten Punkte, den der Vorredner erwähnt hat, daß es einer regelmäßigen Gepflogenheit der Ministerien entspricht, zu den Versammlungen der Stände, deren Interessen ihrem Ressort nahestehen, also seitens des Ministeriums des Innern zu den Aerztetagen, den Apothekerversammlungen und dergl., amtliche Vertreter zu entsenden ad audiendum verbum, um zu hören, was die Herren wünschen, und wo sie der Schuh drückt. Ich glaube, das ist durchaus berechtigt und wird auch in Zukunft geschehen müssen. So hat auch Herr Geheimrat Fröelich an jener Versammlung mit Zustimmung des Herrn Ministers teilgenommen. Seine Aeußerung in dieser Versammlung enthielt nur eine Mahnung an die Apotheker, ja nicht abzulassen von dem, was sie früher immer getan hätten und auch künftig tun müßten, wenn sie ihren Stand auf seiner Höhe erhalten wollten, daß sie nämlich die sogenannten galenischen Präparate, also die wichtigsten Arzneimittel, in der Regel nicht in fertigem Zustande beziehen, sondern selbst herstellen. Darauf muß auch seitens der Medizinalverwaltung der größte Wert gelegt werden. Wenn der Apothekerstand aus sich heraus derartige Beschlüsse faßt, so ist er dazu gewiß berechtigt. Und wenn Herr Geheimrat Froelich solche Bestrebungen unterstützt, so vertritt er damit nicht einmütig die Interessen des Apothekerstandes, sondern tritt für die Interessen einer guten Arzneiversorgung ein, die doch uns allen, auch der Großindustrie, wie ich gern anerkenne, am Herzen liegt.

Danach wurde die allgemeine Beratung geschlossen und in die **Einzelberatung** eingetreten, nachdem die sozialdemokratischen Anträge über Regelung des Irrenrechts sowie über Säuglings- und Mutterschutz an die Justiz- bezw. Budgetkommission überwiesen worden.

Abg. Lüdicke (freikonserv.) bittet die **Kreisarztstelle in Spandau** in eine vollbesoldete Stelle umzuwandeln. Die Stadtgemeinde Spandau sei bemüht, sich den gegenwärtigen Stelleninhaber als Stadtarzt zu erhalten. Dadurch werde ein erheblicher Teilbetrag — etwa 5000 M. — von dem Einkommen des nichtvollbesolldeten Spandauer Kreisarztes wegfallen und es dann fraglich sein, ob die Stelle ausreichend dotiert sei. Der Geschäftsumfang der Stelle sei sehr erheblich und nehme von Jahr zu Jahr zu.

Abg. Underberg (Zentr.): Seit zehn Jahren bemühe sich die Gemeinde **Breyell** im Kreise Kempen um eine **Apotheke**, ihre Errichtung werde aber durch die benachbarten Apotheker behindert, obwohl sich die Handelskammer in M.-Gladbach dafür ausgesprochen habe und die Gemeinde Breyell 7000 Einwohner zähle. Um so erfreulicher sei es, daß der Herr Minister eine Kommission zur Prüfung der Verhältnisse nach Breyell entsandt und die unter dieser Leitung abgehaltene Konferenz zu einem günstigen Ergebniß geführt habe. Die Gemeinde habe sich damals verpflichtet, die Räumlichkeiten für eine Filialapotheke unentgeltlich zur Verfügung zu stellen und dem betreffenden Apotheker einen Reingewinn von 5000 Mark zu garantieren. Dem Vertrag sei jetzt

eine etwas andere Fassung gegeben, die von den Apothekern benutzt werde, neue Schwierigkeiten zu machen. Redner bittet deshalb um eine Erklärung, daß die Königliche Staatsregierung das Bedürfnis der Errichtung einer Arzneiversorgungsstelle in Breyell anerkenne und dem diesem Wunsche der Gemeinde von anderen Stellen in unberechtigter Weise entgegengesetzten Widerstand entgegenzutreten gewillt sei (Bravo! im Zentrum).

Geh. Med.-Rat Froelich: In neuerer Zeit ist darüber Streit entstanden, ob den durch die Anlage einer Zweigapotheke geschädigten Nachbarapotheken ein Ersatz in Form einer Garantie für den Reingewinn oder der Garantie eines bestimmten Umsatzes geboten werden soll. Die Angelegenheit werde weiter verfolgt und nicht eher zur Ruhe kommen, als bis sie zur Befriedigung der Gemeinde Breyell erledigt sein werde.

Abg. Dr. Wagner (freikons.): Die Erfahrungen der letzten Jahre haben bewiesen, daß die Institution der **Kreisärzte**, wie sie jetzt besteht, durchaus bewährt hat, namentlich seitdem die im Anfang an einigen Stellen beklagte Polypragmasie einzelner Herren sich auf das richtige Maß reduziert hat. Das ist erklärlich nach dem alten Grundsatz: Neue Besen kehren gut. Man ist nunmehr zu einer Geschäftsführung gekommen, die zu irgendwelchen Anständen nicht mehr Veranlassung gibt. Redner bittet dann, die sämtlichen Kreisärzte zu ersuchen, ein besonderes Augenmerk auf alle Fälle zu haben, wo spinale Kinderlähmung und Genickstarre irgendwie mit der **Schutzpockenimpfung** in Verbindung gebracht werden können, wie solches von den Impfgegnern, insbesondere von San.-Rat Dr. Bilfinger behauptet werde. Es sei eine dringende Verpflichtung, allen diesen Fällen nachzugehen und womöglich überall den Beweis zu führen, daß diese Zusammenstellungen durchaus unbegründet seien. Gegen die von verschiedenen Seiten vorgeschlagene Bildung einer Kommission, die aus Impffreunden und Impfgegnern zusammengesetzt sei, und alle diese Verhältnisse nochmals beraten und nachprüfen sollte, habe er nichts einzuwenden, sondern hoffe, daß die Impfgegner dort bekehrt und von der Nutzlosigkeit ihrer gewaltigen Agitation gegen die seit langem durch Gesetz eingeführte Schutzpockenimpfung doch durch Vernunftgründe überzeugt werden könnten.

Die von dem Abg. Dr. Hirsch im vorigen Jahre gestellte Forderung der Anstellung von **staatlichen Schulärzten** in all denjenigen Kreisen und Gemeinden, die selbst die Mittel dafür nicht aufwenden können, hält Redner für durchaus begründet und sehr wichtig. Es scheine ihm sehr wünschenswert zu sein, daß die Schulärzte staatliche Befugnisse haben, um ihren Einfluß in vollem Umfange geltend zu machen. Auch bei Feststellung des täglichen **Schulanfangs** komme weniger das pädagogische als das hygienische Interesse in Frage; deshalb müßten hier die Kreisärzte und Schulärzte in allererster Linie darüber gehört werden; denn durch einen zu frühen Schulanfang (morgens 7 Uhr) werde die Gesundheit der Kinder geschädigt. Noch vor kurzem habe ein Psychiater nachgewiesen, daß die Berufe, die gezwungen seien, ihr Tagewerk früh zu beginnen, mehr Geisteskranke stelle als andere Berufe. Redner bittet deshalb die Kreisärzte in ihrer amtlichen Eigenschaft um eine Aeußerung zu ersuchen, ob es angebracht sei, diesen frühen Schulanfang auch jetzt noch für das Sommerhalbjahr beizubehalten.

Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner: Auf den von den Herren Abgeordneten geäußerten Wunsch, die Kreisärzte möchten auf die **Bedeutung der Genickstarre und der Kinderlähmung** hingewiesen werden, erwidere ich, daß das Studium der übertragbaren Krankheiten, also auch der Genickstarre und der Kinderlähmung, den Kreisärzten schon durch ihre Dienstanweisung und durch die Ausführungsbestimmungen zum Seuchengesetze fortwährend ans Herz gelegt wird; auch in den Fortbildungskursen für Kreisärzte, die jährlich zweimal stattfinden, werden sie darauf hingewiesen. Richtig ist, daß ein Zusammenhang zwischen **Impfung** und Genickstarre und Kinderlähmung nicht besteht. Ein solcher Zusammenhang, den Herr Sanitätsrat Dr. Bilfinger in seiner Weltfremdheit behauptet, findet nicht statt.

Was die Anregung bezüglich der **Schulärzte** anbetrifft, so gehört das, glaube ich, zur Unterrichtsverwaltung. Seitens des Herrn Ministers des Innern ist aber schon Sorge dafür getragen worden, daß die Kreisärzte jede Schule

ihres Amtsbezirks alle 5 Jahre einmal besichtigen, wobei sie sich auch um die Schüler zu kümmern haben.

Abg. Dr. Crüger-Hagen (fortschr. Volksp.) möchte nur darauf hinweisen, daß der neue Tarif für die Gebühren der Kreisärzte zuweilen in einer Weise angewendet werde, daß die Ausführung des **Feuerbestattungsgesetzes** dadurch bedeutend erschwert werde. Diejenigen, die der Befürchtung derzeit Ausdruck gegeben haben, daß die Feuerbestattung der Leichen etwa zu billig werden könnte, seien jedenfalls heute nicht mehr der Auffassung; denn nach den vorgesehenen Bestimmungen bestehe nicht die geringste Gefahr, daß sich die Leichenverbrennung als billig herausstellen könnte. In einem Falle habe z. B. ein Kreisarzt die Oeffnung der Leiche verlangt; dadurch seien 65 Mark Unkosten entstanden. Auch sei verlangt, daß zur Vornahme der Obduktion die Leiche in das Leichenhaus gebracht werden müsse (Hört, hört!). Dadurch seien natürlich weitere Kosten entstanden, so daß die Gesamtkosten schließlich 160 Mark betragen hätten. Redner bittet, die Handhabung des Gesetzes nicht derartig zu gestalten, daß seine Ausführung in der Praxis nach Möglichkeit verhindert werde (Bravo! links).

Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner: Die Anschauung, die Ausführungsanweisung zum **Feuerbestattungesetz** wäre von einem Gegner des Gesetzes verfaßt und dazu bestimmt, die Durchführung des Gesetzes zu erschweren, muß zurückgewiesen werden. Auch die Idee, die Kreisärzte wären angewiesen worden, ihrerseits alles zu tun, um die Durchführung des Gesetzes zu erschweren, beruht auf einem Irrtum. Gerade daraus, daß in dem Gebührentarif ein Satz für die Ausführung der Leichenschau zwecks Feuerbestattung eingeführt worden ist, durch den die Möglichkeit zu hoher Forderungen seitens der beamteten Aerzte beseitigt worden ist, geht hervor, daß der Herr Minister jede Schwierigkeit, die sich der Durchführung des Gesetzes etwa entgegenstellen könnte, zu beseitigen gewillt ist.

Bei Tit. 11 **„Institut für Infektionskrankheiten“** wird der Antrag des Berichterstatters, zu beschließen: „der Bezeichnung des Königlichen Instituts für Infektionskrankheiten am Schlusse den Namen ‚Robert Koch‘ gemäß der Allerhöchsten Kabinetsorder vom 29. März 1912 hinzuzufügen“ einstimmig angenommen, nachdem dieser unter Hinweis auf die Kabinetsorder den Antrag warm befürwortet und im Namen aller Mitglieder der Kommission der lebhaftesten Befriedigung darüber Ausdruck gegeben hatte, daß der Name dieses hervorragenden deutschen Forschers mit demjenigen Institut, das durch seine Initiative entstanden und durch seine Arbeit auf eine unerreichte Höhe gebracht worden sei, dauernd verknüpft worden sei.

Abg. Hoeveler (Zentr.) bringt im Anschluß an den Titel **Versuchs- und Prüfungsstation für Abwässerbeseitigung** Beschwerden vor über die **Verunreinigung der Niers** durch die Abführung der Fäkalien, Fabrik- und sonstigen Schmutzabwässern seitens der anliegenden Kommunen und Fabriken, die schon seit längeren Jahren in einer jeder Beschreibung spottenden Weise erfolge und das Wohnen an dem früher so klaren Flüßchen zu einer Qual mache. Der Fluß habe im Sommer 1911 so ekelerregende Dünste, namentlich Schwefelwasserstoff und Ammoniakdünste in die Luft, besonders gegen Abend entsandt, daß die Anwohner Brechreiz und Schwindel bekamen und die Fenster geschlossen bleiben mußten, um sich vor diesen entsetzlichen Gerüchen zu schützen. Bei der im Sommer v. J. durch eine Kommission der Königl. Regierung in Düsseldorf vorgenommene Besichtigung hätten sich alle Teilnehmer überzeugt, daß die Wässer der Niers, obwohl die ihnen bis dort zugeführten Fäkal- und Schmutzwässer zu allermeist Kläranlagen passiert hatten, doch einen Gestank aushauchten, der kaum zu ertragen war (Hört, hört!). Auf Veranlassung der Königl. Regierung seien dann gegen Ende November 1911 Sachverständige aus dem Ministerium herübergekommen, die unter Zuziehung der beteiligten Kreise eine nochmalige Besichtigung des Flußlaufes vorgenommen hätten, an die sich eine Schlußkonferenz unter Vorsitz des Herrn Regierungspräsidenten angeschlossen habe. Bei Beginn dieser Konferenz habe der Herr Regierungspräsident als Ansicht der Mehrheit der Konferenzteilnehmer festgestellt, daß sich auch bei dieser Bereisung der Niers als Tatsache ergeben habe, daß ihr Wasser an allen besichtigten Punkten zu gerechtfertigten Beschwerden infolge der Belästigungen Veranlassung gebe, daß insbesondere

die Anwohner geschädigt und ihr Besitztum im Werte verringert werde. Infolgedessen müsse man bemüht bleiben, eine Besserung herbeizuführen, auch bezüglich der bestehenden Kläranlagen, die als ungenügend bezeichnet werden müßten. In der Konferenz sei dann beschlossen, daß die Herren Sachverständigen des Ministeriums nach Verarbeitung der an den einzelnen Stellen gewonnenen Proben Gutachten über den Befund des Wassers geben und alsdann eventuell Vorschläge zur besseren und erfolgreichen Klärung der Fäkal- und Schmutzwässer machen sollten. Redner bittet um Auskunft, ob die Untersuchungen der Prüfungsstation in Berlin über den Befund des Nierswassers soweit gediehen seien, daß diese möglichst bald Verschläge zur Besserung der dortigen Verhältnissn machen könne. Jedenfalls müßten die Anforderungen über die Klärung der Abwässer gegenüber den Kommunen, welche die größeren Mengen Schmutzwasser, viel mehr als in früheren Jahren und zudem noch die Fäkalien, in die Niers leiten, größer sein, als gegenüber den Kommunen, Ortschaften, Landwirten, die wie bisher nur kleine Mengen der Niers zuführten. Die Anlieger und Bewohner der Orte an der unteren und mittleren Niers hätten ein Anrecht darauf, zu verlangen, daß ihnen das Wohnen an der Niers nicht unerträglich gemacht, daß ihre Wiesen wieder ertragfähig werden, daß Fische wieder in der Niers leben können, daß sie auch das Wasser zum Viehtränken benutzen können. Sie hoffen, daß die Berechtigung ihrer Beschwerden von der Königlichen Staatsregierung anerkannt werden und diese im Interesse der Gesunderhaltung der Anwohner mit möglichster Beschleunigung Maßnahmen in die Wege leiten werde, die nach Ansicht der sachverständigen Techniker und Berater eine nachhaltige Besserung der Verhältnisse an der Niers herbeiführen können (Bravo! im Zentrum.).

Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Abel: Die Regierung hat der zunehmenden Verunreinigung der Niers bereits seit Jahren ihre volle Aufmerksamkeit zugewendet. Indessen haben die auf ihre Forderung hin eingerichteten Kläranlagen nicht allen Erwartungen entsprochen und die Verschmutzung nicht hintanzuhalten vermocht. Die Herren Ressortminister haben sich deshalb veranlaßt gesehen, im letzten Herbst die nötigen Mittel zu bewilligen, damit die Königliche Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung die gesamten Wasserverhältnisse der Niers studiere und Vorschläge mache, wie Abhilfe zu schaffen sei. Das Gutachten der Anstalt liegt jetzt vor. Es bringt verschiedene Lösungsmöglichkeiten, die praktisch brauchbar und auch finanziell für die Beteiligten erschwinglich zu sein scheinen. Eine nähere Prüfung nach dieser Richtung muß natürlich noch vorbehalten bleiben. Jedenfalls ist aber zu erwarten, daß es gelingen wird, durch Zusammenschluß aller beteiligten Gemeinden und der Industrien, die zur Verunreinigung beitragen, eine weitere Verschmutzung der Niers zu verhindern und für ihre Anwohner erträgliche Verhältnisse zu schaffen.

Abg. Underberg (Zentr.) dankt dem Herrn Regierungsvertreter für diese Mitteilung, daß mit Beschleunigung dafür Sorge getragen werden solle, die Mißstände zu beseitigen. Er bittet jedoch bei der Bildung eines Zweckverbandes den Anwohnern der unteren und mittleren Niers nicht größere Opfer aufzubürden, damit nicht etwa aus einen Zweckverband für die Landwirtschaft ein Zwickverband werde (Heiterkeit).

Abg. König (Zentr.) bemängelt die Anstellungs- und Besoldungsverhältnisse der **Nahrungsmittelchemiker** auch bei dem Hygienischen Institut in Posen, die nicht den Ansprüchen genügten, die dieser noch junge Stand auf Grund seines Bildungsgrades und seiner amtlichen Tätigkeit zu stellen berechtigt sei. Sie bedürfen dringend der Abhilfe; denn es handelt sich hier um die wichtigen Aufgaben der Nahrungsmittelkontrolle, zu deren Leitung wir tüchtige Kräfte brauchten. Mit der fortschreitenden Entwicklung der Technik und Wissenschaft seien die Herstellungsverfahren der Nahrungs- und Genußmittel immer mannigfaltiger und verwickelter geworden, so daß die Aufdeckung von Fälschungen immer größere Schwierigkeiten verursache. Es sei daher notwendig, daß eine genügende Anzahl erfahrener Nahrungsmittelchemiker mit der Ueberwachung des Lebensmittelverkehrs betraut werde. Das nahrungsmittelchemische Studium sei hinsichtlich der Dauer und der gestellten Anforderungen dem anderer akademischer Berufe vollkommen gleichwertig und die Berufstätigkeit der Nahrungsmittelchemiker für die Allgemeinheit von großer Wich-

tigkeit. Sie stellen große Anforderungen an ihre Kenntnisse, Umsicht, Gewissenhaftigkeit und Arbeitskraft. Durch den täglichen Aufenhalt in den chemischen Laboratoriumsräumen leide überdies für die Dauer unzweifelhaft die Gesundheit; um so mehr müsse es auffallen, daß ihre Anstellungs- und Besolduugsverhält- vielfach unzureichend seien. Man wünsche daher in den beteiligten Kreisen feste und pensionsberechtigende Anstellung, Gleichstellung in den Gehaltsverhältnissen mit den gleichartigen akademischen Berufen und Anrechnung der früheren Dienstjahre beim Uebergang in eine neue Stelle. Redner bittet die Königliche Staatsregierung, sich des wichtigen Standes der Nahrungsmittelchemiker wohlwollend anzunehmen und ihre Wünsche, die er durchaus für berechtigt halte, recht bald der Erfüllung entgegenzuführen (Bravo! im Zentr.).

Abg. Stanke (Zentr.) bittet, die Errichtung eines **öffentlichen Nahrungsmittelamtes in Ratibor** zu fördern. Wie sehr die Nahrungsmittelkontrolle bei dem jetzigen Zustande in Ratibor im argen liege, beweisen die dortigen Milchverhältnisse. Im vorigen Jahre erreichten von 100 Milchproben nur 15 den mittleren Fettgehalt der Milch; alle übrigen waren schlechter, 40% waren nachweislich gefälscht. Während nun der Magistrat von Ratibor in voller Erkenntnis dieses Zustandes sich bemühe, eine solche Anstalt zu errichten, sei das von der Königlichen Regierung gehindert worden. Es sei dies um so unverständlicher, als auch die staatlichen Behörden, besonders das Hauptzollamt, namentlich mit Rücksicht auf die Einfuhr dabei sehr interessiert seien. Man scheine durch die Errichtung eines Untersuchuugsamtes in Ratibor eine Schädigung desjenigen in Oppeln zu befürchten; diese Befürchtung sei aber unbegründet. Ebenso untergeordnet sei auch der Vorwurf, daß Ratibor dieser Sache seinerzeit nicht das nötige Interesse entgegengebracht habe. Auf dem hygienischen Kongreß in Elberfeld habe Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Abel gefordert, daß die vom Auslande eingeführten Lebensmittel und deren Rohstoffe möglichst allgemein an der Grenze in Verbindung mit der Zollabfertigung untersucht werden, und der Kongreß sei diesen Ausführungen beigetreten. Ratibor biete nun diese Möglichkeit; deshalb liege für die dortigen Interessenten eine besondere Veranlassung vor, ihren Anspruch auf Errichtung eines Untersuchungsamtes immer von neuem vorzubringen. Redner bittet deshalb die Staatsregierung, diese Angelegenheit nochmals prüfen und die berechtigten Wünsche erfüllen zu wollen (Bravo! im Zentrum).

Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner erwidert, daß die Bedürfnisse in Oberschlesien auf dem Gebiete der Nahrungsmitteluntersuchungen durch die beiden im Regierungsbezirk Oppeln vorhandenen Untersuchungsämter in Beuthen nnd Oppeln durchaus gedeckt würden. Die Begründung weiterer derartiger Untersuchungsämter würde sich nicht empfehlen, weil diese kein genügendes Arbeitsgebiet haben und infolgedessen auch nicht so eingerichtet und unterhalten werden könnten, wie es erforderlich ist, um die Untersuchungen als maßgeblich anerkennen zu können. Es muß betont werden, daß man schon in den 90er Jahren, sofort als man die Ausführung von Nahrungsmitteluntersuchungen in größerem Umfange als notwendig erkannte, bei den größeren Städten des Regierungsbezirks Oppeln, auch bei der Stadt Ratibor angefragt hat, ob sie nicht solch ein Amt errichten wollten. Ratibor hat das damals abgelehnt. Inzwischen hat die Stadt Oppeln ein solches errichtet, und in Beuthen hat der Staat ein solches bei dem dortigen hygienischen Institut eingerichtet. Jetzt besteht aber kein Bedürfnis mehr für ein Institut in Ratibor. Ich glaube, daß man es dabei belassen kann, ohne daß die Interessen der Stadt Ratibor darunter leiden.

Abg. Stanke betont nochmals, daß die Stadt Ratibor jetzt das dringendste Interesse habe, eine derartige Untersuchungsstelle zu besitzen. Ihre Einwohnerzahl, ihr Handel und Gewerbe sowie die Einfuhr seien ungemein gestiegen, auch die verschiedensten Behörden dabei sehr interessiert. Er hofft deshalb, daß unter so anders liegenden Verhältnissen die Staatsregierung den Wunsch von Ratibor nicht unberücksichtigt lassen werde.

Abg. Dr. Gaigalat bittet, den Zuschuß für den **Arzt auf der Kurischen Nehrung** zu erhöhen, damit dessen Niederlassung daselbst dauernd gesichert sei, was jetzt bei dem Zuschuß von 1800 Mark und den geringen sonstigen Einnahmen nicht der Fall sei (Bravo!).

Abg. Veltin (Zentr.): Die im neuen **Weingesetz** vorgesehene **Kellerkontrolle** hat sich aufs allerbeste bewährt; zu wünschen sei jedoch, daß die

Kellerkontrolleure bei der Einfuhr ausländischer Weine mehr als bisher zu Rate gezogen würden, damit der Import gefälschter Produkte im Interesse des weintrinkenden Publikums möglichst verhindert werde. Jetzt seien die Inlandweine einer viel schärferen Untersuchung unterworfen wie die Auslandweine, obgleich diese einer solchen Kontrolle besonders bedürften, speziell die griechischen Weine, über deren Qualität sehr geklagt werde. In den weinbautreibenden Kreisen werde es auch als unhaltbar bezeichnet, daß der Kellerkontrolleur der Untergebene des Nahrungsmitteluntersuchungsamtes sein soll; es sei besser, wenn er direkt dem jeweils in betracht kommenden Regierungspräsidenten unterstellt würde.

Ueber die Frage, was man nach § 3 des neuen Weingesetzes unter einem guten Jahrgang zu verstehen habe, habe erfreulicherweise das Reichsgericht eine Auslegung gegeben, mit der Winzer, Weinhändler und auch Konsument zufrieden sein können. Leider haben sich nicht alle Nahrungsmitteluntersuchungsämter in ihren amtlichen Gutachten an diese Entscheidung gehalten und der Praxis Normen aufgezwungen, durch welche manchen Weinbaugebieten erheblicher Schaden entstanden sei. Redner bittet die Staatsregierung, für die in Betracht kommenden Instanzen eine Anweisung zu erlassen, die eine sinngemäße Ausführung des Gesetzes gewährleistete (Bravo!).

Bei der **dritten Lesung des Etats** in der Sitzung vom 7. d. M. trat der Abg. Dr. Schepp (fortschr. Volksp.) für eine **Vermehrung der Apotheken** ein, die durchaus nicht gleichen Schritt mit der Vermehrung der Bevölkerung halte. Im Jahre 1905 seien 78 Apotheken konzessioniert, 1906: 74, 1907: 62, 1908: 65, 1909: 56, 1910: 55 und 1911 nur 48. Es sei also ein konstanter Rückgang zu verzeichnen. Die große Rücksichtnahme der Regierung auf die bestehenden Apotheken habe nicht einmal immer den erwarteten Erfolg. In Elbing sei seit 30 Jahren keine einzige neue Apotheke konzessioniert worden, obwohl in dieser Zeit sich die Einwohnerschaft um 22000 vermehrt habe. Als endlich eine Konzession ausgeschrieben sei, habe in der Fachpresse der Apotheker ein heftiges Lamentieren begonnen. Auch die Art der Erledigung, in dem bei der zweiten Beratung vorgebrachten Falle betreffs Errichtung einer Filialapotheke in Breyell sei nicht in Einklang zu bringen mit den Grundsätzen, die die Regierung in ihren Erlassen festgelegt habe. Redner hofft, daß diese Erlasse auch von den untergeordneten Organen berücksichtigt und die Filialapotheken möglichst durch Vollapotheken ersetzt werden.

Der Minister des Innern v. Dallwitz erwiderte darauf: Der Herr Abg. Dr. Schepp hat sich dann darüber beschwert, daß die Zahl der Vollapotheken, deren Vermehrung regierungsseitig in Aussicht genommen sei, in den letzten Jahren nicht nur nicht gestiegen, sondern sogar ein Rückgang in der Zahl der Vollapotheken eingetreten sei. Er hat einige Fälle genannt, in denen seines Dafürhaltens die Umwandlung von Nebenapotheken in Hauptapotheken zu Unrecht abgelehnt worden sei. Ich bin bereit, die Fälle einer näheren Prüfung zu unterwerfen, falls die Vorgänge nicht bereits in den Akten enthalten sind, worüber ich jetzt eine Auskunft zu geben nicht in der Lage bin.

Tagesnachrichten.

Aus dem Königreich Sachsen. In der Sitzung der zweiten Kammer am 7. d. Mts. kamen verschiedene Eingaben betreffs der beabsichtigten Errichtung eines **Landesgesundheitsamtes** zur Beratung (s. Nr. 23 dieser Zeitschr., 1911, S. 909), in denen auch eine Vertretung der Drogisten, der Naturheilkunde und Homöopathie sowie der Krankenkassen in dieser neuen Behörde gewünscht wurde, Wünsche, dessen Berücksichtigung besonders von Abgeordneten der Sozialdemokratie und freis. Volkspartei befürwortet wurden, während von konservativer Seite die Zuziehung von zu vielen Einzelvertretungen nicht für richtig und es für ersprießlicher gehalten wurde, wenn das Amt einen einheitlichen, in sich festgeformten Körper bilde und dadurch eine wirklich nutzbringende, den praktischen Bedürfnissen entsprechende Tätigkeit auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege gewährleiste. Die betreffenden Eingaben wurden hierauf, dem Vorschlag der Finanzdeputation gemäß, als erledigt angesehen.

Die **zweite Württembergische Kammer** hat am 15. d. M. den Entwurf eines Gesetzes, **betreffend die Dienstverhältnisse der Oberamtsärzte** in zweiter Lesung mit dem vom Ausschuß gemachten, in Nr. 8 dieser Zeitschrift, S. 113 mitgeteilten Aenderungen und Zusätzen angenommen. Nur zu Art. 5 ist noch zu Abs. 3 und 4 folgender Zusatz gemacht:

„Untersuchungen, bei denen eine Entkleidung sich nicht vermeiden läßt, dürfen bei Mädchen nicht vorgenommen werden, wenn die Erziehungsberechtigten Einspruch erheben; die Erziehungsberechtigten sind rechtzeitig und schriftlich von ihrem Einspruchsrecht zu verständigen und zum Anwohnen bei solchen Untersuchungen einzuladen.

Die Erziehungsberechtigten sind befugt, der Untersuchung ihrer Kinder beizuwohnen oder sich dabei durch erwachsene Personen vertreten zu lassen."

Art. 8 hat außerdem im Abs. 3 eine wichtige Abänderung erfahren, als die Kosten für die Besichtigung und Untersuchung der Schulkinder vom Staate übernommen werden sollen. Nach dem Entwurf sollten die Gemeinden 20 Pf. für jedes Kind zuzahlen. In Abs. 11 ist endlich betreffs der Meldepflicht usw. der nicht approbierten Heilpersonen bestimmt, daß diese bei Ankündigung oder Bezeichnung des Gewerbebetriebs nicht auf die erfolgte Anmeldung hinweisen dürfen, und daß sie Geschäftsbücher zu führen haben, in denen Name und Wohnort des Behandelten, die behandelte Krankheit, Art und Dauer der Behandlung, sowie die empfangenen Honorare einzutragen und diese Bücher zehn Jahre lang aufzubewahren sind.

Im Reichsland Elsaß-Lothringen ist der Zweiten Kammer ein Gesetzentwurf, betreffend **Errichtung einer Apothekerkammer,** vorgelegt und von dieser bereits in zweiter Lesung angenommen. Der Gesetzentwurf entspricht in seinen Grundlinien den in Preußen geltenden Vorschriften über die Standesvertretung der Apotheker; er enthält diesen gegenüber jedoch wesentliche Abweichungen, namentlich insofern, als schon auf 20 Wahlberechtigte ein Kammermitglied zu wählen ist, die Amtsdauer der Kammer fünf Jahre dauert und daß ihr vor allem Disziplinarrechte (Ehrengericht) und das Umlagerecht eingeräumt sind. Standesunwürdiges Verhalten innerhalb wie außerhalb des Berufes unterliegt dem ehrengerichtlichen Verfahren. Außerdem enthält der Entwurf eine Bestimmung, der das Ministerium zum Erlaß einer Standesordnung und einer Apothekenbetriebsordnung sowie zur Aufhebung aller bisher geltenden entgegenstehenden landesrechtlichen Bestimmungen ermächtigt.

Deutsches Zentral-Komitee zur Bekämpfung der Tuberkulose. Am Donnerstag, den 13. Juni 1912, vormittags 9 Uhr, findet in Berlin im Reichstagshause eine **Sitzung des Ausschusses** statt, bei der folgende Gegenstände zur Verhandlung gelangen werden: 1. Neuwahl des Präsidiums nach § 6 der Satzungen. — 2. Die Knochen- und Gelenktuberkulose; Berichterstatter: Prof. Dr. Vulpius-Heidelberg. — 3. Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei der chronischen Lungentuberkulose. Berichterstatter: San.-Rat Dr. Legal, dirigierender Arzt des Krankenhauses der Landes-Versicherungsanstalt Schlesien, Breslau und Dr. v. Golz, ärztlicher Beirat der Landes-Versicherungsanstalt in Berlin. — 4. Unterbringung Tuberkulöser im vorgeschrittenen Krankheitsstadium bei der Landes-Versicherungsanstalt Rheinprovinz. Berichterstatter: Landesrat Dr. Schmittmann-Düsseldorf. — 5. Zur Frage nach den Ursachen der tuberkulösen Erkrankung. Berichterstatter: Dr. med. Erich Bruck und Dr. Steinberg-Breslau. — 6. Anträge und Mitteilungen.

Im Anschluß daran wird am Freitag, den 14. Juni, mittags 10 Uhr, im Plenarsitzungssaal des Reichstagshauses die diesjährige **Generalversammlung** abgehalten werden. Auf der Tagesordnung steht der Vortrag: Tuberkulosebekämpfung im Mittelstand.

Tagesordnung für den II. Deutschen Kongreß für Krüppelfürsorge in München (alter Rathaussaal) am 29. Mai d. J., 9¼ Uhr: Sitzung des geschäftsführenden Vorstandes und Kongreßausschusses und hierauf Sitzung des Ausschusses der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge.

Vormittags 10 Uhr: Was ist durch die Bewegung der Krüppel-

fürsorge in den letzten 10 Jahren erreicht worden? Prof. Dr. Biesalski-Berlin. — Wie ist die Krüppelfürsorge einzurichten? Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich-Berlin. — Wie weit kann heute die Zahl der Krüppel durch eine rechtzeitige Behandlung vermindert werden? Prof. Dr. Lange-München.

Nachmittags 2 Uhr: Die Berufswahl der Krüppel: Pfarrer Ulbrich-Krakau. — Das künstlerische Element im Unterricht und in der Ausbildung der Krüppel: Erziehungsinspektor Würtz-Berlin. — Das Bayerische Königshaus und seine Fürsorge für die krüppelhaften Kinder: Direktor Erhard-München. — Welche Kosten macht die Krüppelfürsorge? Dr. Rosenfeld-Nürnberg. — Krüppelfürsorge und Rassenhygiene: Dr. Bade-Hannover. — Die Bezeichnung „Krüppel“: Dr. Stein-Wiesbaden. — Die Seele des Krüppels: Dr. Fürstenheim-Michelstadt i. Odw. — Welche Kinder bedürfen der Aufnahme in eine Krüppelschule? Dr. Hohmann-München.

Abends ½8 Uhr findet im Hofbräuhauskeller (I. Stock im reservierten Saal) eine gesellige Zusammenkunft statt.

Donnerstag, den 30. Mai, vormittags 10 Uhr: Besichtigung der K. orthopädischen Poliklinik, Pettenkoferstraße 8a.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten sind in der Zeit vom 14. bis 27. April 1912 erkrankt (gestorben an): Rückfallfieber, Pest, Cholera, Gelbfieber, Tollwut, Fleckfieber und Aussatz: — (—); Pocken: 9 (—), 5 (—); Milzbrand: 6 (—), 4 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 2 (—), 12 (—); Unterleibstyphus: 120 (13), 115 (19); Ruhr: 10 (—), 1 (—); Diphtherie: 1262 (106), 1403 (97); Scharlach: 1079 (39), 1073 (35); Kindbettfieber: 97 (19), 112 (25); übertragbare Genickstarre: 4 (2), 6 (1); Fleisch- usw. Vergiftung: — (—) — (—); Paratyphus: — (—), — (—); spinaler Kinderlähmung: 4 (1), — (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 327, 301; Tuberkulose (gestorben): 857, 913.

An der Pest sind in Aegypten während der drei Wochen vom 13. April bis 3. Mai 16 (10), 37 (17) und 81 (21) Personen erkrankt (gestorben), in Indien vom 17.—30. April 19456 (16028) und 15819 (13940).

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. L. in S.: Fällt die gemäß Ziff. I Abs. 4 der Ausführungsanweisung zu dem Gesetz vom 7. August 1911 betreffend die Beschulung blinder und taubstummer Kinder vorgeschriebene Untersuchung und Ausfüllung des Fragebogens unter § 2 des Gebührengesetzes vom 14. Juli 1909 oder ist diese Tätigkeit als vertrauensärztliche im Sinne des § 115 der Dienstanweisung anzusehen?

Antwort: Es handelt sich hier um eine vertrauensärztliche Tätigkeit, deren Kosten gemäß § 11 des Gesetzes vom 7. August 1911 die Ortsarmenverbände bezw. der Kommunalverband zu tragen hat.

Druckfehler-Berichtigung: In Nr. 9, Seite 309, Zeile 17 von oben muß es „Eigenwirkung“ statt „Einwirkung“ heißen. Ferner gehört der letzte Absatz auf Seite 310 unmittelbar hinter den mit a bezeichneten Absatz auf derselben Seite. Der vorletzte Absatz auf dieser Seite und der erste Absatz auf Seite 311 sind im Zusammenhang wie folgt zu lesen: „Den gleichen Standpunkt nimmt das Oberlandesgericht Stettin in seinem Urteil (abgedrukt in Goltammers Archiv; Bd. 43, S. 267) ein. Dieses Urteil, übertragen auf Leukoplast, würde folgende Begründung haben:“ Endlich sind auf Seite 311 Abs. 2 von oben die in Klammern und gesperrt gedruckten Worte: „beides ist bei Leukoplast gar nicht der Fall“ zu streichen.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 11. Ausgegeben am 5. Juni 1912.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:
Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch
J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 11.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Psychiatrie.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dem Hilfsarbeiter in der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern San.-Rat Dr. Heyl in Berlin; — als Geheimer Sanitätsrat: dem a. o. Prof. Dr. Schwarz in Halle a. S. und dem San.-Rat Dr. Fliegel in Hirschberg; — als Sanitätsrat: den prakt. Aerzten Dr. Hellweger in Rügenwalde und Dr. Eckardt in Breslau; — der Rote Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: dem Oberstabsarzt a. D. Dr. Mäder in Berlin; — der Rote Adlerorden IV. Kl.: dem a. o. Prof. Med.-Rat Dr. Puppe, Gerichtsarzt in Königsberg i. Pr., dem Geh. Med.-Rat Dr. Prawitz, Kreisarzt in Brandenburg, Geh. Med.-Rat Dr. Rother, Kreisarzt in Falkenberg (O.-Schl.) und dem Oberstabsarzt a. D. Dr. v. Haselberg in Tegel bei Berlin; — der Kronenorden III. Klasse: den Geh. San.-Räten Dr. Gust. Simon in Berlin-Schöneberg und Dr. Boas in Charlottenburg.

Die Genehmigung erteilt dem Geh. Med.-Rat Dr. Fraenkel zur Aenderung seines Namens in „Fraenken".

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Wegener in Hagen i. W. zum Kreisarzt in Mogilno. — **Versetzt:** Kreisarzt Dr. Zibell, Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamts in Hannover in den Kreisarztbezirk Emden.

Gestorben: San.-Rat Dr. Gustav Wiener in Berlin, Med.-Rat Dr. Schröder, Kreisarzt in Sprottau, San.-Rat Dr. Strube, Assistent an der Königl. Impfanstalt in Halle a. S., Med.-Rat Dr. Schulte, Kreisarzt a. D. in Hann. Münden, Dr. Peter Schwarz in Koblenz, Dr. B. Overhennen in Gangelt (Reg.-Bez. Aachen), Dr. Hohn in Brachelen (Reg.-Bez. Aachen), Geh. Med.-Rat Dr. Marx, Kreisarzt a. D. in Bonn, Dr. Mappes in Frankfurt a. M., San.-Rat Dr. Thümmel in Seehausen (Reg.-Bez. Magdeburg), Geh. Med.-Rat Dr. Fabian, Kreisazzt a. D. in Königsberg i. Pr., die Geh. San.-Räte Dr. Davidis in Duisburg und Dr. Johnen in Düren, San.-Rat Dr. Juliusburger in Breslau.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Verdienstorden vom heiligen Michael IV. Klasse: dem Stabsarzt Dr. Xylander in Dresden.

Ernannt: Der ordentl. Prof. Geh. Hofrat Dr. Friedrich v. Müller in München zum ordentlichen Mitgliede des Medizinalkomitees an der Universität München; die praktischen Aerzte Dr. Helmerich in Pleinfeld zum Bezirksarzt in Riedenburg und Dr. Flasser in Gilsburg zum Bezirksarzt in Pagnitz.

In den Ruhestand getreten: Medizinalrat Dr. Boehm, Bezirksarzt in Augsburg unter Verleihung des Verdienstordens vom heiligen Michael IV. Klasse mit der Krone; Dr. Blümm, Bezirksarzt in Neustadt a. S. — **Gestorben:** Dr. Francke in Erlangen, Dr. Theodor Cohn in München, Dr. Bräutigam in Nürnberg.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter und Rang als Ober-Medizinalrat: dem Med.-Rat Dr. Hösel, Direktor der Landesanstalt Zschadrass; — als Medizinalrat: dem Bezirksarzt Dr. Brink in Frankenberg und dem Oberarzt Prof. Dr. Risel in Zwickau; — als Geheimer Sanitätsrat: dem Hofrat Dr. Oehme in Dresden; — als Sanitätsrat:

den praktischen Aerzten Dr. Bahr in Zschopau, Dr. Baron, Dr. Wauer, Dr. Zimmermann in Dresden, Dr. Fischer, Dr. Hennig, Dr. Ihle, Dr. Kormann, Dr. Mackenthun, Dr. Pfeiffer, Dr. Thimann in Leipzig, Dr. Dürr in Chemnitz, Dr. Hake in Regis, Dr. Hesse in Sebnitz, Dr. Klotz in Siebenlehn, Dr. Koch in Plauen, Dr. Pohl in Burgstädt, Dr. Pohl in Zwickau, Dr. Roch in Bischofswerda, Dr. Rößler in Kirchberg, Dr. Schiller in Döbeln, Dr. Schneider in Eibau, approb. Arzt Schneider in Mosel, Dr. Schulze in Heilstätte Hohwald, Dr. Schwarzbach in Oschatz, Dr. Stephan in Pirna, Dr. Wienskowitz in Löbau, Dr. Hauffe in Chemnitz, Augenarzt Dr. Christoph in Dresden, Badearzt Dr. Hofmann in Bad Elster, Impf- und Eisenbahnarzt Dr. Langer in Königswartha, Spezialarzt für Frauenleiden Dr. Voigt in Plauen; — Titel als Professor: dem dirig. Arzt am Johannstädter Krankenhause in Dresden Dr. Hoffmann; — das Komturkreuz II. Klasse des Verdienstordens: dem Obergeneralarzt Dr. Müller in Dresden, Abt.-Chef im Kriegsministerium; — das Ritterkreuz I. Klasse desselben Ordens: den Ob.-Med.-Räten Dr. Meuschel in Bautzen, Dr. Gelbke in Chemnitz und Generaloberarzt Dr. Fichtner in Dresden; — das Komturkreuz des Albrechtsordens II. Kl.: dem Geh. Rat Prof. Dr. phil. et med. Chun und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rabi in Leipzig; — das Ritterkreuz desselben Ordens I. Kl. mit der Krone: dem Gerichtsarzt Med.-Rat Dr. Thümmler und Hofrat Dr. Hinze in Leipzig; — das Ritterkreuz desselben Ordens I. Kl.: dem Bahnarzt Dr. Bamberg in Lockwitz, Oberarzt Dr. Buch in Dresden, San.-Rat Dr. Erler in Stollberg, Oberarzt Dr. Fernbacher in Zauckerode, a. o. Prof. Dr. Kollmann in Leipzig, San.-Rat Dr. Lenz in Moritzburg, Dr. Radestock, San.-Räte Dr. Salzburg u. Dr. Schanz sowie Dr. Timpe in Dresden, Dr. Tittel in Zittau.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Genehmigt die Anlegung des Fürstlich

Waldeckschen Verdienstkreuzes IV. Klasse: dem Dr. Gmelin aus Föhr.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Blezinger, Oberamtsarzt und Vorsteher des staatl. Impfinstituts in Cannstadt, Oberamtsarzt a. D. Dr. Paul Nestler in Ellwangen.

Grossherzogtum Hessen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Medizinalrat: den Kreisärzten Dr. Heinricy in Lauterbach und Dr. Schwan in Dieburg, dem Direktor der Landesirrenanstalt Dr. Römheld in Alzey, dem Oberarzt an der Landesirrenanstalt Dr. Dietz in Gießen, dem Leiter des Untersuchungsamtes für Infektionskrankheiten Dr. Bötticher in Gießen und dem Direktor der Hebammenlehranstalt Dr. Kupferberg in Mainz.

Versetzt: Der Med.-Rat Dr. Lindenborn, Kreisarzt in Groß-Gerau in gleicher Eigenschaft nach Mainz.

Gestorben: Prof. Dr. Bach in Marburg.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Dr. Kreidmann und Dr. Waitz in Hamburg.

Erledigte Stellen.

Königreich Preussen.

Die Stelle des Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamte in **Stettin.** Jahresremuneration mindestens 2000 M. Bakteriologische Vorbildung erforderlich. Gegebenenfalls wird die Stelle auch einem nicht kreisärztlich geprüften Arzte vorläufig kommissarisch übertragen werden, sofern er den Bedingungen für die Zulassung zur kreisärztlichen Prüfung genügt und sich zur Ablegung der Prüfnng binnen Jahresfrist verpflichtet.

Königreich Bayern.

Die Bezirksarztstellen in **Augsburg Stadt** und **Neustadt a. S.** Bewerber haben ihre Gesuche bei der ihnen vorgesetzten K. Regierung, Kammer des Innern, einzureichen.

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma **Heinrich Scheven, Düsseldorf 23** über „Emscher-Brunnen" bei, worauf wir besonders hinweisen.

25. Jahrg. **Zeitschrift** 1912.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Nr. 11.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Juni.

Die Grundlagen und der gegenwärtige Stand der Rassenhygiene.[1])

Von Dr. **Pusch**, Kreisarzt und Vorsteher des Kgl. Medizinal-Untersuchungsamtes in Danzig.

Unter der Führung von Psychiatern und Hygienikern beginnt seit einigen Jahren in der medizinischen Wissenschaft die Erkenntnis sich Bahn zu brechen, daß neben den mannigfachen von der Außenwelt herstammenden — exogenen — Krankheitsursachen auch die im Individuum selbst gelegenen — endogenen — Faktoren von bestimmenden Einfluß auf die Gesundheit des Volksganzen sind. Eine Gemeinschaft von unter gleichen äußeren Bedingungen lebenden Menschen, eine Rasse, wird in ihrer Gesamtheit desto kräftiger und leistungsfähiger sein, je besser ihre Einzel-Individuen in geistiger wie in körperlicher Beziehung entwickelt sind und je energischeren Widerstand sie den schädigenden Einflüssen der Umwelt zu leisten vermögen.

Entscheidend für den Wert des Individuums für die Rasse ist der Aufbau des Organismus, die Konstitution, und diese wird bestimmt durch die erbliche Anlage, die von der Qualität der Vorfahren, der Aszendenten, abhängig ist.

---

[1]) Nach einem in der „Naturforschenden Gesellschaft" in Danzig gehaltenen Vortrage.

Historiker und Genealogen haben sich schon seit jeher mit dem Problem der Vererbung beschäftigt und haben uns manche wichtigen Aufschlüsse über die Blüte und den Untergang von Herrschergeschlechtern, von Adels- und Bürgerfamilien, ja von ganzen Volksgemeinschaften gegeben. Ein tieferes Verständnis über das Wesen der Vererbung haben uns indessen erst die neueren biologischen Forschungen über die Befruchtung und die Fortpflanzung, ärztliche Beobachtungen am Krankenbett und umfangreiche statistische Untersuchungen erschlossen. Auf dem so ermittelten Tatsachenmaterial baut sich die Rassenhygiene auf.

Die vorjährige Internationale Hygiene-Ausstellung in Dresden hat diesen jüngsten Zweig der hygienischen Wissenschaft zum ersten Mal einem größeren Publikum vorgeführt und hat an der Hand von ausgezeichneten Demonstrationsmitteln eine umfassende Uebersicht über die bisherigen wissenschaftlichen Ergebnisse geboten.

Eine vom Herrn Minister erhaltene Reisebeihilfe gab mir Veranlassung, mich an Ort und Stelle unter Benutzung des Ausstellungsmaterials etwas eingehender mit dem Studium der Rassenhygiene zu beschäftigen. Die folgenden Ausführungen bezwecken, im Anschluß an das Gesehene über die wichtigsten Tatsachen über die Fortpflanzung und Vererbung und ihre Bedeutung für die Rasse einen orientierenden Ueberblick zu geben und das Interesse der Herren Kollegen auf dieses neue, besonders für die in der Praxis stehenden Medizinalbeamten außerordentlich wichtige Wissensgebiet hinzulenken. Für die erste Einführung in das Studium der Rassenhygiene eignet sich am besten der von v. Gruber und Rüdin herausgegebene „Illustrierte Führer durch die Gruppe Rassenhygiene“,[2]) der mir beim Ausstellungsbesuch sehr wertvolle Dienste geleistet hat und dessen lehrreicher Inhalt, unterstützt durch zahlreiche vorzügliche statistische Uebersichten und graphische Darstellungen, eine schnelle Orientierung ermöglicht. Die Reichhaltigkeit des Stoffes kann in dem kurzen Referat nur angedeutet werden, bezüglich aller Einzelheiten muß auf die v. Gruber-Rüdinsche Schrift selbst verwiesen werden.

Die Fortpflanzung der Lebewesen kann auf ungeschlechtlichem oder geschlechtlichem Wege vor sich gehen. Die einfachsten Formen der ungeschlechtlichen Fortpflanzung werden bei den Amöben beobachtet, bei denen sie durch Kernzerschnürung, Zerfallsteilung oder Knospungsteilung erfolgt; ferner gehören hierher die Fortpflanzung durch Sprossung und durch Teilung mittels Bildung von Scheidewänden.

Die geschlechtliche Fortpflanzung kommt zu stande durch die Vereinigung einer männlichen und einer weiblichen Geschlechtszelle, durch die Befruchtung. Ihr Wesen besteht

[2]) Zum Preise von 2,50 Mark durch J. F. Lehmanns Verlag in München zu beziehen.

einmal in dem Austausch von väterlichen und mütterlichen Körperstoffen, wie uns die Vorgänge bei der Kopulation und Konjugation lehren, die bei gewissen Infusorien beobachtet werden und die die einfachsten Formen einer geschlechtlichen Fortpflanzung darstellen. Im ersteren Falle erfolgt die Fortpflanzungsteilung erst nach Verschmelzung zweier Individuen zu einem einzigen, während im letzteren nur ein Austausch von Zellkernen vorangeht. Der Befruchtungsakt übt fernerhin auf die Eizelle einen gewissen chemischen Reiz aus; denn die neueren Versuche über die künstliche Parthenogenesis haben ergeben, daß die Wachstumsvorgänge der Eizelle auch ohne Samenzelle, lediglich durch chemische und thermische Reize angeregt werden können, allerdings ohne in das Reifungsstadium zu gelangen. Die Vorgänge bei der Befruchtung sind außerordentlich kompliziert. Das nähere Verständnis hierfür wird durch die Betrachtung der Einzelheiten bei dem Wachstum und der Vermehrung der Körperzellen, der mitotischen Zellteilung, erschlossen. Der Zweck dieses höchst verwickelten Prozesses ist lediglich die gleichmäßige Verteilung der Chromosomen auf die beiden Tochterzellen; denn die Zahl dieser Chromosomen ist für jede Tierart und für jedes Organ streng konstant. In genau der gleichen Weise geht die Teilung der befruchteten Eizelle vor sich, die durch immer weitere Teilungen zur Bildung des Embryo und Entwicklung des neuen Lebewesens führt. Die Bedeutung, die die Chromosomen bei der Befruchtung für die Weiterbildung des Tochterindividuums haben, ergibt sich am deutlichsten aus der Entwicklung der Sexualzellen aus den Urgeschlechtszellen. Bei der Samenentwicklung entstehen aus der Urgeschlechtszelle durch Teilung die Spermogonien und aus diesen durch weitere Teilungen die Spermatozythen. Durch 2 unmittelbar aufeinanderfolgenden Teilungen gehen aus den Spermatozythen die Spermatiden hervor, die in Spermien umgebildet werden. Die zwei letztgenannten Teilungen erfolgen so schnell, daß die Chromosomen nicht zum Kerngerüst auswachsen und die bei der nunmehr folgenden Teilung resultierenden Tochterzellen, die Spermatiden, nur die Hälfte der Chromosomen erhalten. Ganz analog sind die Vorgänge bei den Reifungsteilungen der Eizelle. Die entsprechenden Entwicklungsstadien heißen hier Oogonie und Oozyth. Der fertige Oozyth macht ebenfalls zwei schnell aufeinanderfolgende Teilungen durch, so daß die daraus hervorgehende Eizelle genau so wie die Samenzelle nur die Hälfte der Chromosomenzahl des elterlichen Organismus besitzt. Bei der Befruchtung wird durch die Vereinigung von Samen- und Eizelle die Zahl der Chromosomen wieder auf die für die Art konstante Höhe gebracht; jede der folgenden aus der befruchteten Eizelle hervorgehenden Tochterzellen erhält bei den Teilungen gleichviel Chromosomen vom Vater wie von der Mutter. Bei manchen Tieren kann man noch lange Zeit, bei den Krebsen sogar während des ganzen Lebens, in den

Körperzellen den väterlichen und den mütterlichen Chromosomen-Anteil gesondert erkennen. Die außerordentliche Gleichmäßigkeit, mit der die Chromosomen bei den Reifungsteilungen von Samen- und Eizelle und der befruchteten Eizelle übermittelt werden, läßt den wichtigen Anteil erkennen, der ihnen bei der Vererbung zufällt. Von Generation zu Generation durchziehen sie das Soma des Einzelindividuums und bilden so, während dieses selbst vergeht, eine kontinuierliche Keimbahn.

Die ungeschädigte Fortexistenz des Keimplasmas ist daher für die Rasse von fundamentaler Bedeutung; seine Erhaltung die wichtigste Aufgabe der Rassenhygiene. „Die Rassenhygiene ist im wesentlichen Hygiene des Keimplasma“ (v. Gruber).

Als Ausgangspunkt für das Studium von Vererbungsfragen haben Forschern wie Quételet und Galton und seiner Schule die in einer Bevölkerung auftretenden Variationen in Gestalt, Größe und sonstiger Körperbeschaffenheit gedient. Mittels umfangreicher statistischer Untersuchungen konnte Quételet feststellen, daß die Kurven für die Zahlen der fluktuierenden Variationen eine außerordentlich auffallende Uebereinstimmung mit der binomialen Fehlerkurve von Gauß aufweisen. Durch graphische Darstellungen haben englische Forscher, insbesondere Galton, interessante Wechselbeziehungen, durch mathematische Formeln ausdrückbar, zwischen den einzelnen Varianten nachgewiesen.

Die Frage, ob und inwieweit die quantitativen Variationen — z. B. Unterschiede in Körperlänge und Körpergewicht — in einer gleichartigen Bevölkerungsgruppe von annähernd gleicher Abstammung und annähernd gleichen Lebensbedingungen erblich sind oder nicht, ist von Galton und seiner Schule eingehend an der Hand statistischer Erhebungen geprüft worden. Es ergab sich hierbei, „daß die Kinder den Eltern in erheblichem Maße nachgeraten, daß aber die Nachkommen stets sich weniger weit von dem mittleren Durchschnitt der Gesamtbevölkerung entfernen als die Eltern“ (Galtons Rückschlaggesetz).

Rein statistische Untersuchungen allein gestatten indessen keine sicheren Schlüsse über die Vererbungsvorgänge; denn eine Bevölkerungsgruppe ist in ihrer Konstitution und ihrem Keimplasma keineswegs etwas einheitliches, und bei der großen Zahl der gleichzeitig vorliegenden Variationen ist es nicht angängig, durch willkürliches Herausgreifen einer einzelnen und den Vergleich ihres Verhaltens bei den Einzel-Individuen Schlüsse zu ziehen. Zur Vermeidung dieser Fehlerquellen hat Johannsen die Frage der Vererbung der Variationen auf experimentellem Wege geprüft und sich bei seinen Versuchen „reiner Linien“ von einfachen Organismen, von Pflanzen, bedient, deren Einzelindividuen völlig gleichgeartet waren und bei deren Fortzüchtung unerwünschte fremdartige Einflüsse mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnten. Bei diesen durch viele Generationen hindurch fortgesetzten Selektionen oder Auslesezüchtungen hat

sich einwandfrei feststellen lassen, daß bei Selbstbefruchtung trotz individueller Variationen (Fluktuation) der Mutterpflanzen die Linien ihren mittleren Geschlechtstypus, Genotypus, unverändert festhalten. Durch äußere Einwirkungen während der Ontogenese können wohl erhebliche Schwankungen bei den einzelnen Jahrgängen zustande kommen — z. B. Steigen oder Sinken des Gewichtes der Bohnenfrüchte —, ein sicherer Ausleseerfolg ist nur dann möglich, wenn durch die Vermittlung der Geschlechtszellen durch Fremdbefruchtung eine Aenderung des Genotypus herbeigeführt wird. Für die Veredlungszüchtungen der modernen Landwirtschaft besitzen diese Fragen einen hohen praktischen Wert.

Von besonderem Interesse für das Vererbungsproblem ist die Sprung-Variation oder Mutation, das plötzliche Erscheinen einer gänzlich neuen Eigenschaft bei einem Organismus oder die plötzliche Umänderung seines äußeren Habitus mit der Fähigkeit, die neu erhaltene Eigenschaft weiter zu vererben. Zur Entscheidung der Frage, inwieweit bei der Vererbung erworbener Eigenschaften Einflüsse des Keimplasmas und des Soma mitwirken, sind zahlreiche, außerordentlich geistvolle Experimente angestellt worden. Erwähnenswert sind die Kreuzungen von rein weißen und rein schwarzen Hennen, denen in frühester Jugend auf operativem Wege die Eierstöcke vertauscht waren, mit einem schwarzen bezw. weißen Hahn. Bei der Befruchtung der schwarzen Henne mit dem implantierten „weißen" Eierstock durch einen weißen Hahn resultierten neben rein weißen Küken auch zahlreiche schwarzgefleckte, und ganz entsprechend wurden bei der Kreuzung der weißen Henne mit dem implantierten „schwarzen" Eierstock mit einem schwarzen Hahn ebenfalls u. a. schwarzgefleckte Küken erzielt. Diese Beobachtungen zwingen uns zu der Annahme, daß hier eine Beeinflussung der wachsenden Keimzellen durch das Soma stattgefunden hat. Als ein weiteres Beispiel für eine derartige Einwirkung ist hervorzuheben das Erzeugen von künstlichen Mutationen mittels thermischer Reize beim mitteleuropäischen Nesselfalter, die den in der Natur in den entsprechenden Wärmegraden vorkommenden Spielarten vollständig gleichen. Beim Feuersalamander gelingt es durch Haltung auf schwarzer oder gelber Erde Wandlungen im Farbenkleid hervorzurufen, die auf die Nachkommenschaft vererbbar sind. Unter Aenderung der äußeren Lebensbedingungen (Trockenheit, Feuchtigkeit oder Temperatursteigerung) wurden beim Feuersalamander, beim Alpensalamander und bei der Geburtshelferkröte auffallende Veränderungen beim Fortpflanzungsgeschäft erzielt, die auf die Nachkommenschaft übergingen und sich allmählich in den folgenden Generationen derart festigten, daß sie auch beim Fortfall der äußeren Einflüsse weiterbestehen blieben. Während alle diese Beispiele von Mutationen durch nachweisbare äußere Beeinflussung des Somas und damit höchst wahrscheinlich auch des Keimplasmas zustande gekommen sind, fehlen über die

spontan entstehenden Mutationen befriedigende Erklärungen. Sicher ist, daß in einer Reihe von Fällen erbliche Mißbildungen und erbliche Krankheiten für die Entstehung neuer Rassen bestimmend sind. Zu den Mißbildungen sind zu zählen der Wasserkopf des Holländer Weißhaubenhuhns, der Hirnbruch der Haubenente, die foetale Rachitis des Dachshundes, das Fehlen des Steißbeines beim Kaulhuhn, die Schnabelbildung der Kreuzschnäbel. Angeborene vererbliche Krankheiten bilden die Rassenmerkmale der Purzel- oder Kröpfertaube (Muskelkrämpfe), des Perlhuhns (knöcherner Auswuchs), des siebenburgischen Nackthalshuhns (chronische Hautentzündung), der Lockengans und des Seidenhuhns (Federkrankheiten) u. a. Die Gründe dafür, weshalb im Einzelfalle die Krankheit erblich ist und zur Bildung neuer Rassen führt, sind bisher unbekannt.

Die wesentlichste Förderung haben unsere Kenntnisse in der Vererbungslehre durch die berühmten Kreuzungs- oder Bastardierungsversuche des Augustiner-Paters Gregor Mendel in Brünn erfahren. Mendel benutzte zu seinen Experimenten zunächst nur solche Pflanzen, die sich lediglich in einem scharf charakterisierten Merkmalspaar unterschieden; und dieser Klarheit und Einfachheit der Versuchsanordnung verdankt er seine Erfolge. Werden rotblühende Pflanzen einer bestimmten Planzenart mit weißblühenden der gleichen Art gekreuzt, so gehen aus dieser Kreuzung nur rotblühende Abkömmlinge hervor (Bastardgeneration). Der rote Farbstoff überwiegt also, oder wie Mendel sagt: rot ist hier „dominant“, weiß „rezessiv“. Daß der weiße Farbstoff nicht verschwunden, sondern nur zurückgedrängt ist, ergibt sich, wenn man die Bastarde bei Ausschluß von Fremdbefruchtung untereinander kreuzt; das Resultat ist, daß neben rotblühenden jetzt wieder auch weißblühende Pflanzen auftreten und zwar auf 3 rote (dominante) immer 1 weiße (rezessive) Pflanze. Es hat also eine Trennung der Merkmale stattgefunden; man bezeichnet daher diese Generation als Spaltungsgeneration. Züchtet man die Samen der einzelnen Pflanzen dieser Spaltungsgeneration getrennt unter Ausschaltung fremdartiger Einflüsse weiter, so erhält man in den folgenden Generationen aus den weißen Pflanzen nur weißblühende Exemplare, aus den roten (dominanten) dagegen teils rot-, teils weißblühende, und zwar immer auf 3 rote 1 weiße.

Die Ergebnisse seiner Forschungen faßte Mendel in folgende 3 Regeln zusammen:

1. Die einzelnen Merkmalspaare vererben vollständig unabhängig von einander (Selbständigkeit der Merkmale).

2. Von 2 zusammengehörigen Merkmalen kann das eine Merkmal das andere mehr oder weniger vollständig verdecken (Dominanz oder Rezessivität der Merkmale).

3. In den späteren Generationen treten die anscheinend verloren gegangenen, aber tatsächlich nur verdeckten Merkmale wieder hervor (Spaltung der Merkmale).

Eine Reihe von Beispielen lehrt uns, daß die Mendelschen Regeln auch für das Tierreich Geltung haben.

So reichhaltig das auf experimentellem Wege gewonnene Material für das Pflanzen- und Tierreich ist, so sind leider beim Menschen aus verschiedenen Gründen — Kompliziertheit der körperlichen und geistigen Erbanlagen, Länge des Intervalls zwischen den Generationen, daher ungenaue Kenntnis der Aszendenz, geringe Zahl der Deszendenz usw. — die Kenntnisse auf dem Gebiete des Vererbungsproblems noch sehr gering. Trotz dieser Schwierigkeiten besitzen wir bereits jetzt schon ein ziemlich reichhaltiges Material, das uns in den Stand setzt, auf eine Reihe von Fragen aus dem Vererbungsproblem eine sichere Antwort zu geben.

Die Wirkung von Syphilis und Alkohol als Keimgifte ist aufs eingehendste festgestellt. Erwiesen ist ferner der verhängnisvolle Einfluß, den die Tuberkulose und Geisteskrankheiten auf die Nachkommenschaft ausüben. Besonders gefährdet sind die Nachkommen, wenn bei beiden Eltern erbliche Belastung vorhanden, oder wenn durch Inzucht die Erbanlage befestigt ist. Ein klassisches Beispiel hierfür ist die Ahnentafel des Don Carlos. Auch bei einer Anzahl anderer Krankheiten, die weniger häufig sind — Zuckerkrankheit, Blutkrankheit usw. —, ist eine ausgesprochene Neigung zur Vererbbarkeit bekannt. Daß auch gewisse nicht krankhafte Körpereigenschaften durch Generationen hindurch vererbt werden können, zeigt das Beispiel der sog. Habsburger Lippe. Eine auffallende Vererbung von musikalischen Fähigkeiten ersehen wir aus dem Stammbaum der Familie Bach.

Ein außerordentlich reichhaltiges Material haben die neueren Forschungen erbracht, die sich über den Einfluß der Krankheiten, des Berufes, der sozialen Verhältnisse auf die Fruchtbarkeit, auf die Abnahme der Stillfähigkeit, auf die Lebensdauer, kurz auf alle die Qualität und Quantität der Rasse herabdrückenden Einflüsse erstrecken. Gerade zu diesen Fragen, die für den bei den modernen Fürsorgebestrebungen mitwirkenden Praktiker das größte Interesse haben, liefert der erwähnte von v. Gruber und Rüdin herausgegebene Ausstellungsführer mit seinen zahlreichen übersichtlichen Tabellen besonders wertvolle Beiträge, die uns wichtige soziale Probleme vom rassenbiologisch'en Standpunkte zu erfassen lehren.

In der Schweiz hat man ein radikales Heilmittel gegen die Schädigung der Rassen angewandt: Man hat mit Genehmigung der Behörden eine Anzahl von unverbesserlichen Verbrechern und unheilbaren Geisteskranken kastriert. Indessen einer derartigen Gewaltmaßregel bedarf es m. E. zunächst garnicht. Wenn erst einmal weitere Volksschichten und vor allem der intelligente Teil der Bevölkerung von der Erkenntnis der Gefahren der erblichen Belastung durchdrungen sein wird, so werden manche verhängnisvolle Schritte unterbleiben, die jetzt

leider noch so zahlreich aus mangelnder Einsicht begangen werden. Auf dieses vitale Interesse der Nation nachdrücklich hinzuweisen, wird eine der dankbarsten Aufgaben der Rassenhygiene sein. Zu ihrer Erfüllung ist die intensive Mitarbeit aller Kreise unerläßlich, denen von Berufs wegen die Pflege der Volksgesundheit anvertraut ist.

Zur Desinfektion des Operationsfeldes bei Impfungen.

Von Med.-Rat Dr. **Brauns**, Landgerichts- und Bezirksarzt in Eisenach.

Ueber die Behandlung des Operationsfeldes beim Impfgeschäft gehen die Ansichten der Kollegen noch ziemlich weit auseinander; insbesondere scheinen mir die Ansichten über die geltenden gesetzlichen Vorschriften nicht immer ganz klar zu sein. Als diese Frage kürzlich in unserem Medizinalbeamten-Verein besprochen wurde, konnte festgestellt werden, daß die meisten Kollegen eine Desinfektion vor der Impfung nur deshalb vornehmen, um sich den Rücken zu decken, weil eine solche gesetzlich vorgeschrieben sei; einig war man darüber, daß sie so, wie sie vorgenommen werden kann und vorgenommen wird, nichts nützt. Wie lauten nun die gesetzlichen Bestimmungen? Nach den Beschlüssen der Vorschriften des Bundesrats zur Ausführung des Impfgesetzes vom 28. Juni 1899 3 C § 13 heißt es:

„Die Impfung ist als eine chirurgische Operation anzusehen und mit voller Anwendung aller Vorsichtsmaßregeln auszuführen, welche geeignet sind, Wundinfektionskrankheiten fernzuhalten; insbesondere hat der Impfarzt sorgfältig auf die Reinheit seiner Hände, der Impfinstrumente und der Impfstelle Bedacht zu nehmen; auch ist der Lymphvorrat während der Impfung durch Bedecken vor Verunreinigung zu schützen."

Diese Vorschriften sind durchaus zweckmäßig und fast selbstverständlich für einen jeden Kollegen, der sich etwas mit Chirurgie beschäftigt; durchaus irrtümlich und verfehlt erscheint es mir aber, wenn man hieraus die Verpflichtung ableiten will, eine besondere Desinfektion des Impffeldes vorzunehmen. Der Impfarzt hat natürlich die vorstehenden Bestimmungen zu beachten, wie er sie aber im einzelnen ausführt, das muß seinem pflichtgemäßen Ermessen überlassen bleiben.

Wenn hiergegen der Einwurf gemacht wird „Nach dem heutigen Standpunkt der Wissenschaft ist eine Operation ohne vorherige Desinfektion des Operationsfeldes nicht denkbar; die Unterlassung der Desinfektion ist deshalb als Kunstfehler zu betrachten," so erwidere ich darauf: Nach dem heutigen Standpunkte der Wissenschaft weiß ein jeder Chirurg, daß ein einfaches Abreiben mit Alkohol oder Aether keine genügende Desinfektion ist; man kann dies nur als eine Scheindesinfektion bezeichnen. Weiter kann man aber auch mit Recht sagen: Nach dem heutigen Standpunkt der Wissenschaft muß nach einer jeden chirurgischen Operation ein aseptischer Verband

angelegt werden, also hat der Impfarzt auch nach der Impfung einen streng aseptischen Verband anzulegen. Ein solches Verlangen ist jedoch bis jetzt wohl kaum jemals im Ernst gestellt worden.

Für Preußen hat nun der Minister des Innern in einem Erlaß vom 10. März 1911 angeordnet, daß unmittelbar vor Anlegen der Impfschnitte der Oberarm des Kindes mit einem mit Alkohol getränkten Bausch steriler Watte abgerieben werde. Die Zweckmäßigkeit und Ausführbarkeit dieses Erlasses werden wir später betrachten; die preußischen Kollegen sind aber jetzt bis auf weiteres verpflichtet, diese Alkoholabreibung vorzunehmen, auch wenn sie überzeugt sind, daß sie nichts nützt, vielleicht sogar schaden kann. Bisher hatten auch die preußischen Kollegen in der großen Mehrzahl nicht desinfiziert; über die Ausführung der Impfung finden sich z. B. in „Das Gesundheitswesens des preußischen Staates im Jahre 1909“ (Seite 66 flg.) folgende Sätze:

„Vor der Impfung desinfizierten mit wenigen Ausnahmen die Impfärzte ihre Hände und Unterarme sorgfältig. Eine Desinfektion der Impfstelle wurde von einigen Impfärzten stets vorgenommen, von den meisten jedoch nur dann, wenn die Impflinge sehr unsauber waren.“

Sehr unsaubere Kinder impfe ich im Impftermine überhaupt nicht, sondern schicke sie nach Hause, da ihre Desinfektion im Impftermin nicht möglich ist.

Soviel über die geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Wie verhält es sich nun mit den verschiedenen Methoden der Desinfektion des Impffeldes?

Wenn man die vielen Verhandlungen besonders auf den Chirurgenkongressen über Desinfektion der Hände und des Operationsfeldes seit Jahren verfolgt und dabei erfahren hat, daß selbst die sorgfältigste Desinfektion, die im Einzelfalle $^1/_4$ Stunde und länger dauert, keine genügende Sterilität des Operationsfeldes garantiert (vielleicht wird die Jodbehandlung bei chirurgischen Operationen eine Ausnahme machen), dann wird man sich schon im voraus sagen müssen, daß eine oberflächliche Desinfektion bei der Impfung irgend welchen praktischen Wert nicht haben kann.

Von der Desinfektion mit stärkeren Desinfektionsmitteln (Sublimat, Karbolsäure etc.) ist man wohl allgemein zurückgekommen; sie bleiben natürlich in minimalen Mengen auf der Haut zurück, vermengen sich mit der Lymphe, und schwächen diese so ab, daß die Impferfolge ungenügend werden. Aehnlich scheint es sich mit der kürzlich von Hillenberg-Zeitz empfohlenen Jodierung zu verhalten, wenigstens sind seine Erfolge nicht sehr ermunternd. Alle Desinfektionsmethoden, insbesondere auch die Abreibungen mit Alkohol oder Aether, haben eine Reihe von Nachteilen, die sicher ihren angenommenen Nutzen illusorisch machen.

Die wenigen Bakterien, die sich auf der Haut, in den Epidermiszellen, den Ausmündungen der Talg- und Schweißdrüsen des kindlichen Oberarms vielleicht befinden, sind ziemlich

fixiert; macht man den Impfschnitt so, daß keine Blutung eintritt, so bleiben sie fixiert und gelangen nicht in den Impfschnitt. Dagegen haben alle Desinfektionsmethoden — die einen mehr, die anderen weniger — gewisse Nachteile, die den geglaubten Nutzen sicher überwiegen. Was insbesondere das für Preußen vorgeschriebene Abwischen mit einem in Alkohol getauchten Wattebausch anbetrifft, so muß man dagegen sagen, daß selbst absoluter Alkohol auf der Haut nicht schnell genug verdunstet, so daß sie bei Vornahme des Impfschnittes wirklich trocken ist; außerdem hat Abreiben mit Alkohol dieselben Nachteile wie andere Methoden: unnütze Reizung der Haut, stärkere Blutung, schlechtere Impferfolge.

Alle Formen der Desinfektion reizen mehr oder weniger das Operationsfeld, verursachen Hyperämie und begünstigen schädliche Blutungen. Bei manchen Methoden werden die bisher fixierten Hautbakterien mobilisiert, es wird gewissermaßen eine Bakterienemulsion hergestellt; aber da diese nie vollständig entfernt werden kann, ist die Gefahr der Einimpfung gegeben. In anderen Fällen wird die Haut spröde und rissig, es wird dadurch die Möglichkeit der Bildung von Nebenpocken erleichtert. Bei wieder anderen Methoden (dies dürfte besonders bei der Jodbehandlung zutreffen) wird die Haut nicht nur spröde, sondern juckt auch und veranlaßt die Kinder zum Kratzen mit der Gefahr einer späteren Infektion der Impfstelle.

Ist der Impfschnitt richtig angelegt, d. h. so, daß es mehr ein Impfkratzer ist, und keinerlei Blutung eintritt, so wird sehr schnell die Spur von austretendem Serum eintrocknen und sofort einen genügenden Schutz gegen das Eindringen von Infektionskeimen bilden. Tatsächlich habe ich bei über 7000 Impfungen, die ich im Laufe der letzten drei Jahre ohne jede Desinfektion des Operationsfeldes vorgenommen habe, nicht in einem einzigen Fall auch nur die geringste schädliche Folge gesehen; dasselbe wird mir bestätigt von einer Anzahl von Kollegen, die ebenfalls ohne Desinfektion impfen. Es ist dies fast verwunderlich, wenn man sieht, wie oft von den Angehörigen trotz aller Belehrung unmittelbar nach der Impfung die Impfstellen mit Kleidern in Berührung gebracht, mit mehr oder weniger unreinen Tüchern (Speichel) abgewischt werden etc.

Ich lasse in einem jeden solchen Fall den Namen des betreffenden Kindes besonders notieren und beachte das Kind bei der Revision ganz besonders; auch hier habe ich bisher keine nachteiligen Folgen feststellen können, ein Beweis für den guten Schutz der getrockneten Kruste bei richtig angelegtem Impfschnitt.

Viele Kollegen, die als Impfärzte eine große Erfahrung haben, stimmen meinen Ansichten und Erfahrungen bei; so sagt Oberimpfarzt Dr. Voigt[1]) in Hamburg darüber:

„Die von einigen Seiten empfohlene, vor der Impfung vorzunehmende

[1]) Die Technik der Impfung in Börners Reichs-Medizinal-Kalender 1912.

Abreibung des Impffeldes mit Spiritus oder Aether vermindert die nachfolgende vakzinale Entzündung nicht, vermag etwaige in den tieferen Schichten der Haut sitzende schädliche Keime nicht zu beeinflussen, aber kleine Risse in der Epidermis zu veranlassen, an denen sich Nebenpocken bilden können. Solche Abreibungen eines reinen Arms sind unnötig."

Kollege Flinzer-Plauen erklärte in seinem mit allgemeinem Beifall aufgenommenen Vortrag gelegentlich der Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins in Dresden, daß er das Impffeld nicht desinfiziere; er bestätigte mir auf meine Anfrage außerdem, daß er die Desinfektion sogar für bedenklich halte.

Zum Ueberfluß habe ich noch zwei chirurgische Autoritäten ersten Ranges um ihre Ansicht gefragt; beide schlossen sich meiner Ansicht an und bestätigten mir, daß eine Desinfektion, wie sie in einem Impftermin ausgeführt werden könne, absolut keinen Wert habe.

Endlich sei noch ein nicht zu unterschätzendes Bedenken gegen Einführung der Desinfektion des Impffeldes erwähnt. Wir geben damit den Impfgegnern eine gefährliche Waffe in die Hand; denn sie können mit Recht sagen: Nützen tut die Desinfektion, so wie sie im Impftermin ausgeführt wird, nicht; das müssen die Impfer selbst wissen. Wenn sie trotzdem desinfizieren, so ist dies lediglich ein Manöver; sie wollen den Anschein erwecken, als ob etwas geschehe, während in Wirklichkeit nichts geschieht.

Ich glaube hiermit genügend die Nutzlosigkeit der Desinfektion des Impffeldes nachgewiesen zu haben; ihre Unterlassung wird niemals eine Schädigung verursachen, auch ohne Desinfektion kann man die Impfung als chirurgische Operation nach den allgemein als gültig anerkannten wissenschaftlichen Grundsätzen vornehmen, eine Polypragmasie und Bürokratie kann aber auch beim Impfen von Schaden sein.

Bermerkungen zu dem Aufsatze des Kreisarztes Dr. Karl Dohrn-Hannover in Nr. 10 der Z. f. M.-B.: „Warum werden wir geimpft?"

Von Dr. **R. Beltinger**, prakt. Arzt in Nördlingen.

Ich bin mit dem Verfasser vollkommen einverstanden, wenn er schreibt, daß selbst gebildete Leute die verworrensten Begriffe von dem Wesen der Impfung haben; meinte doch dieser Tage eine sehr gebildete Dame bei der Impfung ihres Kindes, die Impfung helfe gegen alle ansteckenden Krankheiten. Ich stimme ferner vollständig mit der Ansicht des Verfassers überein, daß wir die Aufklärung des Publikums sehr viel energischer als bisher in die Hand nehmen müssen. Aber ebenso fest bin ich auch überzeugt, daß der Verfasser auf dem Wege, den er zur Aufklärung einschlagen will, das Ziel nicht erreichen wird, das er sich gesteckt hat; unser Publikum müßte schon sehr viel Zeit oder sehr große Langeweile haben, wenn es ein Impf-

merkblatt oder die Rückseite eines Impfscheines freiwillig studieren oder lesen wollte.

Ich benutze seit nun 10 Jahren drei selbstaufgenommene Photographieen von Blatternkranken und zeige sie bei der Impfung allen denen, bei welchen ich entweder überhaupt kein Verständnis voraussetzen kann oder falsche Vorstellungen finde. Diese Photographieen haben bisher ihren Zweck noch nicht verfehlt, keine Mutter, kein Vater will haben, daß der Sprößling je ein solches Aussehen bekomme, als ihnen die Photographie aufweist. Solche Bilder müßten bei jeder Impfung, bei jeder Impfbelehrung vorgezeigt werden; sie müßten selbstverständlich auch auf dem Impfmerkblatt und in den Lese- und Lehrbüchern der Schule zu sehen sein, um mit einem Schlage klarstellen zu können, was wir mit der Impfung erreichen wollen.

Ich meine, wenn auf diese Weise die Vorschläge des Kollegen Dohrn drastisch illustriert werden könnten, wird ein nachdrücklicherer, bleibenderer und größerer Erfolg zu erzielen sein, als allein durch das Wort.

Zahn- und Hautpflege.

Von Dr. **Bauer**, bezirksärztlicher Stellvertreter in Nordhalben.

In hygienischen Merkblättern findet man immer noch eine Vorschrift, die niemals zu rechtfertigen ist. „Nach dem Erwachen die Zähne bürsten“ heißt ebensoviel als: „Die Türe schließen, nach dem die Kuh aus dem Stalle ist.“ Der in Hygiene Unerfahrene putzt morgens die Zähne, weil sein Mund übel riecht. Oft schwindet der Geruch trotzdem nicht und da nimmt er mit zweifelhaftem Erfolg seine Zuflucht zu Mund- und Gurgelwässern.

Es sollte dagegen stets heißen: „Vor dem Einschlafen die Zähne bürsten.“ Leicht läßt sich dann die Abnahme der Säurebildung, das Verschwinden des üblen Geruches feststellen. Ob und wie oft untertags geputzt werden soll, ist individuell zu entscheiden. Niemals hat es Sinn, kurz vor einer Mahlzeit den Mund zu reinigen, stets muß es nach einer Mahlzeit geschehen. Millionen, die alljährlich zwecklos für Mundwässer und Zahnpasten geopfert werden, könnten gespart werden, wenn man nur Bürste und Wasser richtig anwendet.

Ich gehe noch einen Schritt weiter und fordere, in Instituten und Pensionaten soll die bisher morgens übliche Waschung auf den Abend verlegt werden zwecks Schonung der bei manchen Kindern so empfindlichen Haut. Morgens genügt feuchtes Auswischen der Augen. Der Hauttalg ist bekanntlich, wie Gletschertouristen wissen, das beste Schutzmittel der Haut gegen thermische und chemische Reize; er soll deshalb nicht morgens entfernt werden. Nebenbei bemerkt ist die abendliche Säuberung auch für die Schonung und Reinhaltung der Bettüberzüge vorteilhaft.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Psychiatrie.

Zur pathophysiologischen Auffassung der Anfälle und Delirien bei Paralysis progressiva. Von Dr. Heinz-Schrottenbach. Monatsschrift für Psychiatrie; Bd. 31, 3. Heft.

Der Verfasser kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Bei jedem von Schrottenbach untersuchten paralytischen Anfall und im paralytischen Delir tritt Leukozytose des Blutes auf.

2. Die apoplektiformen Anfälle ergeben stets höhere Leukozytenwerte als die epileptiformen und diese wieder höhere Werte als rasch vorübergehende und nicht zu furibund auftretende paralytische Delirien. Akut auftretende, exzessiv verlaufende und protrahierte Delirien stellen sich in ihren Leukozythen-Werten den epileptischen Anfällen an die Seite.

3. In den meisten Fällen verlaufen die Schwankungen der Leukozytose parallel mit den Exazerbationen oder Remissionen des Symptomenbildes.

4. Das gesetzmäßige Auftreten der Leukozytose sowie der gesetzmäßige Verlauf derselben im paralytischen Anfall und Delirium bestätigen die Annahme einer toxischen oder infektiösen Ursache als ätiologisches Moment für diese Erkrankungszustände. Die jeweilig wirksame toxisch infektiöse Noxe ruft einerseits den vitalen Schutzreflex des Organismus in Form der Hyperleukozytose hervor, anderseits verursacht und modifiziert sie nach der Intensität ihrer Einwirkung die jeweilig auftretenden Reiz- oder Ausfallserscheinungen im Zentralnervensystem. Dr. Többen-Münster.

Ein Fall von atypischer Paralyse mit echt epileptischen Krämpfen und wochenlang andauernden Korsakoff. Von Med.-Rat Prof. Dr. P. Näcke-Hubertusburg. Archiv für Psychiatrie; 19. Bd., 2. H.

Näcke weist an dem vorliegenden Falle die Tatsache nach, daß man bei längerer Beschäftigung mit dem vielgestaltigen Bilde der Paralyse immer mehr auf Fälle trifft, die aus dem Schulbilde herausfallen.

Dr. Többen-Münster.

Ueber den status epilepticus und seine Bekämpfung mit hohen Dosen von Atropinum sulfuricum. Von Dr. Dorner, Maria Lindenhof bei Dorsten i.W. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 19. Bd., 1. H.

Das Atropin. sulf. wird auch vom Epileptiker in der drei- bis fünffachen Maximaldosis ohne Schädigung vertragen. Es ist in diesen Dosen imstande, in einzelnen Fällen von Status epilepticus die Anfälle zu kupieren, in anderen sie nach Zahl und Intensität abzuschwächen, so die Lebensgefahr zu beseitigen und sie allmählich ganz zum Schwinden zu bringen. Auch bei aussichtslosen Fällen zeigt es noch vorübergehende Wirksamkeit. In allen Fällen hat es sich als Herztonikum bewährt. Es ist daher als ein empfehlenswertes Mittel zur Bekämpfung des Status epilepticus zu betrachten. Wegen seines günstigen Einflusses auf die Herztätigkeit empfiehlt es sich besonders da, wo sich wegen vorhandener oder zu erwartender Herzschwäche andere sonst erprobte Mittel verbieten. Eine Kombination von Atropin mit anderen Antiepilepticis könnte dessen Wirksamkeit noch erhöhen. Bei gleichzeitiger Anwendung von Amylenhydrat und Atropin hatte Dorner den Eindruck, als ob die Anfallpausen verlängert würden. Dr. Többen-Münster.

Die Tabes der Frauen. Von Dr. Kurt Mendel und Ernst Tobias in Berlin. Monatsschrift für Psychiatrie; Bd. 31, H. 2.

1. Die Tabes tritt bei Frauen seltener auf als bei Männern.

2. Während für den Mann vom 40. Jahre ab die Wahrscheinlichkeit, tabisch zu erkranken, ständig abnimmt, sehen wir bei Frauen — wohl mit bedingt durch die Zeit der Wechseljahre — einen entschiedenen Anstieg bezüglich des Beginnes der Tabes in der ersten Hälfte des 6. Lebensdezenniums.

3. Hinsichtlich des Nachweises der syphilitischen Aetiologie der Tabes ist hervorzuheben, daß 67,4 % unter den Patientinnen von Mendel-Tobias ganz sicher syphilitisch waren.

4. Von den bei der Entwicklung des Tabes mitwirkenden bezw. auslösenden Ursachen figurieren bei den Frauen das Trauma, der Alkohol und die Erkältungen seltener als bei Männern. Dagegen bietet die Beschäftigung mit der Nähmaschine als speziell weibliche Arbeit ein schadenbringendes Moment, das bei der Entwicklung der Tabes zu ungunsten der Frau in die Wagschale fällt. Während aber bei dieser Berufsklasse der Frauen nur von einer das Leiden mit auslösenden Noxe die Rede sein kann, hängt die relativ häufige tabische Erkrankung der Prostituierten zweifellos direkt mit der Entstehungsursache des Leidens, der Syphilis zusammen, zu deren Erlangung die der Prostitution anheimgefallenene Frau besonders oft Gelegenheit hat.

5. Als Komplikationen, die bei bestehender Tabes das weibliche Geschlecht zu bevorzugen scheinen, sind zu nennen die Hysterie, die Hemikranie, die Basedowsche Krankheit und die Paralysis agitans.

6. Die Prognose der „Frauen-Tabes“ ist zwar an sich ernst, aber doch immerhin im allgemeinen weit weniger ungünstig zu stellen als die Prognose der gleichen Erkrankung beim Manne. Die Tabes des weiblichen Geschlechtes stellt eben häufig nur eine „forme fruste“ der „Männer-Tabes“ dar.

7. Die beste Prophylaxe der „Frauen-Tabes“ ist eine gut durchgeführte Behandlung des Syphilis des Mannes. Dr. Többen-Münster.

Ueber Lokalisation in der Kleinhirnrinde. Von Privatdozent Dr. Barany-Wien. Wiener Medizinische Wochenschrift; 1911, Nr. 84.

Verfasser verfügt über mehrere Beobachtungen an Kleinhirnabszessen und Kleinhirntumoren, bei denen Veränderungen in der Bewegungsrichtung und Stellung der Gelenke, namentlich im Arm- und Handgelenk die Lokalisation im Kleinhirn ermöglichten.

Bei einem jungen Mann, der im Anschluß an ein Ohrleiden, an einem Kleinhirnabszeß erkrankte, fand er, daß dieser bei Zeigebewegungen mit dem rechten Zeigefinger immer 10—15 cm nach außen an dem vorgehaltenen Gegenstand vorbeizeigte. Nur bei auswärts rotiertem Arm, wenn die Vola manus nach aufwärts zeigte, war einige Male richtiges Zeigen möglich.

Bei der Operation wurde ein Abszeß in dem äußeren Drittel der Lobus inferior posterior an der Unterfläche des Kleinhirns gefunden. Am Tage nach der Operation war das Vorbeizeigen bereits verschwunden.

Der Verfasser nimmt ein Zentrum für die Stellung Vola manus nach aufwärts und ein Zentrum für die Stellung Vola manus nach abwärts an. Diese Zentren liegen in dem Bezirk des Kleinhirns, welcher der hinteren Pyramidenfläche zugekehrt ist.

Entsprechend den Versuchen von Trendelenburg kühlte er bei operierten Patienten die Kleinhirnrinde, die dicht unter der Haut lag, durch Chloräthyl ab und erhielt nach zwei Minuten das gewünschte Resultat. Der Patient zeigte spontan plötzlich stark nach außen vorbei. Rief er durch Ausspritzen des linken Ohres Nystagmus nach rechts hervor, so zeigt nur der linke Arm nach links vorbei.

Diese Beobachtungen beweisen, nach Ansicht des Verfassers, daß tatsächlich an der Unterfläche des Kleinhirns dort, wo es in die laterale Fläche übergeht, das Zentrum für die Bewegungen des Arms nach auswärts gelegen ist, während weiter nach innen davon, gegen die hintere Pyramidenfläche zu, das Zentrum des Handgelenks für die Bewegung nach einwärts gesucht werden muß.

Der Verfasser glaubt, daß die Operationsresultate bei Kleinhirntumoren verbessert werden würden, wenn es gelänge, durch Abkühlung anderer Kleinhirnpartien die Lokalisation der anderen Rindenzentren herauszufinden.

Dr. Kurpjuweit-Swinemünde.

Zur Anwendung des Salvarsans in der Psychiatrie. Von Dr. A. Pfunder-Illenau. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie; 69. Bd., I. H.

Der Verfasser, der mit dem Salvarsan an den Insassen der Heilanstalt Illenau Versuche anstellte, konnte feststellen, daß, abgesehen von einer günstigen Beeinflussung der neurologischen Ausfallserscheinungen in keinem der Fälle dem Salvarsan ein deutlich merkbarer Einfluß auf den Gesamtverlauf der Paralyse eingeräumt werden konnte. Es ist demnach dem Salvarsan nicht

gelungen, bei der Behandlung der Paralyse einen ähnlich hervorragenden Platz zu erobern wie bei den anderen Formen der Lues.

Dr. Többen-Münster.

Ueber Kopfmaße bei angeborenen und erworbenen Geistesstörungen. Von Dr. Herm. Krüger-Rostock. Monatsschrift für Psychiatrie; 31. B., 2. H.

Die Kopfmaße der in späterem Leben geistig Erkrankten unterscheiden sich nach Krügers Zusammenstellung von geistig Gesunden nicht. Die Kopfmaße der angeborenen Schwachsinnigen weisen in der großen Mehrzahl der Fälle eine Verkürzung der Maße auf. Am gleichmäßigsten verkürzt ist unter diesen Maßen die Ohrstirnlinie, die demgemäß von der hervorragendsten Bedeutung ist.

Dr. Többen-Münster.

Aus der forensisch-psychiatrischen Tagesgeschichte. Von Dr. Placzek in Berlin. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 1 und 2.

Die Angriffe gegen die Psychiater häufen sich immer mehr, die Presse und öffentliche Meinung wird immer von neuem gegen sie mobil gemacht und so schließlich dem gesamten Irrenärztestand ein nicht mehr gut zu machender Schaden zugefügt, wenn nicht in geeigneter Weise dagegen Front gemacht wird. Sich diesen Angriffen gegenüber vornehm zurückzuhalten und sich mit dem Bewußtsein des guten Gewissens und seiner eigenen Vollkommenheit zu beruhigen, hält Verfasser für völlig unangebracht, man müsse den Angriffen ruhig und sachlich entgegentreten. Dann aber müßten vor allen Dingen auch die das Publikum so häufig irreführenden Sachverständigenurteile vermieden werden, wo ein Sachverständiger genau das Gegenteil von dem sage, was der andere betont habe. Derartig ganz gegenteilige Gutachten seien geeignet, die Psychiater in den Augen des Publikums und der Richter herabzusetzen. Bei richtiger Würdigung aller Momente ließen sie sich sehr gut vermeiden, zumal häufig in der tatsächlichen Beurteilung der Sache Einigkeit herrsche. Besonders bei Fällen aus den Grenzgebieten der Psychiatrie, bei den Psychopathen, Degenerierten fänden sich derartige Meinungsverschiedenheiten besonders viel. Vermieden könnten sie auch zum Teil werden, wenn von dem Gerichtsarzt nicht zu viel verlangt würde. In allen Sätteln könne er nicht zurecht sein. Verfasser bespricht in seinen Ausführungen noch die Verhältnisse der bedeutenderen Prozesse der letzten Zeit.

Rpd. jun.

Neue Aufgaben der Psychiatrie in Baden. Von Med.-Rat Dr. Max Fischer, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie; 69. Bd., 1. H.

Fischer entwickelt in seiner interessanten Arbeit ein weitläufiges, lehrreiches und gehaltvolles Programm für die fernere Ausgestaltung des badischen Irrenwesens. Von praktischen Gesichtspunkten ausgehend, will er dabei das Nötigste zuerst schaffen, d. h. zunächst Plätze, neue Anstalten zur Beherbergung des immer stärker werdenden Krankenzudranges, Vervollkommnung der inneren Organisation nach dem Prinzip der regionären und zugleich freieren Verteilung der Irrenfürsorgeaufgaben, sodann die Verfolgung der übrigen Programmpunkte nach ihrer Dringlichkeit, unter denen besonders die Jugendfürsorge und die Ausgestaltung der sozialen Psychiatrie eine führende Rolle spielen müssen.

Dr. Többen-Münster.

4. internationaler Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke. Berlin, Oktober 1910. Offizieller Bericht. Herausgegeben von Prof. Dr. Boedeker in Schlachtensee-Berlin und Dr. Falkenberg in Lichtenberg-Berlin. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung. Halle a. S. 1911. Gr. 8°; 1024 S. Preis: 20 Mark.

Der Bericht über den 4. internationalen Kongreß zur Fürsorge für Geisteskranke enthält eine erschöpfende Darstellung des außerordentlich großen wissenschaftlichen Materials, das in Berlin im Oktober des Jahres 1910 von berufenen Vertretern der Wissenschaft in wenigen Tagen besprochen wurde. Bei der Fülle des Gebotenen ist es natürlich unmöglich, den einzelnen Vorträgen, die zu einem Uebersichtsreferat nicht geeignet sind, gerecht zu werden. Es sei

jedoch besonders hervorgehoben, daß der Kongreß durch die mit ihm verbundene Ausstellung der Fürsorge für Gemüts-, Geistes- und Nervenkranke den Besuchern Gelegenheit bot, einen großen Teil der deutschen Kliniken, Anstalten und Sanatorien in anschaulichen Bildern kennen zu lernen.

Dr. Többen-Münster.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Vorschläge zur Beurteilung und Behandlung der Unfallneurosen. Von Privatdozent Dr. S. Erben-Wien. Wiener med. Wochenschr.; 1911, Nr. 36.

Erben hält es für einen Fehler, unter den objektiven Symptomen die druckschmerzhaften Stellen aufzuzählen, da man sie überall findet, wo der Verletzte sie angeben will. Nur die Druckschmerzhaftigkeit von Nervenaustrittsstellen verdient besondere Beachtung.

Ein Romberg muß aufhören, wenn der Verletzte mit einem Finger einen fixen Punkt zur Orientierung im Raum berührt. Fällt der Verletzte trotzdem bei Fersen- und Augenschluß um, so hat er zu täuschen versucht.

Die Ueberregbarkeit des Herzens, die Beschleunigung des Pulses ist von besonderer Bedeutung. Die Dermographie ist für eine Neurose nicht pathognostisch.

Bei Schädelverletzungen ist das Gehörorgan zu prüfen. Unempfindlichkeit für hohe Töne, Drehschwindel, Nystagmus sind dabei von besonderer Wichtigkeit.

Bei angeblichen Kreuzschmerzen muß der Verletzte eine vollkommene Rumpfbeugung bei steifer Wirbelsäule durch Beugung in den Hüftgelenken machen können. Uebertreibung liegt vor, wenn der ganze Körper steif gehalten wird.

Neuropathen sind gewöhnlich schon sofort an ihrem äußerem Verhalten erkennbar. Die Erhebung der Anamnese ist bei ihnen von besonderer Wichtigkeit, um festzustellen, ob nicht schon vor dem Anfall nervöse Veränderungen bestanden haben. Hierbei kann man auch erfragen, ob eventuell Shokwirkung vorliegt.

Schwere nervöse Störungen entwickeln sich ohne jeden Unfall im Kampf um eine Rente. Strümpell hat hierfür den Namen Begehrungsvorstellung geprägt. Treten die nervösen Erscheinungen nicht unmittelbar nach dem Unfall, sondern erst nach Wochen und Monaten ein, wo das Entschädigungsverfahren mit seinen Aufregungen beginnt, dann darf man eine Schädigung der Psyche durch den Rentenkampf annehmen.

Der Verfasser empfiehlt immer, wenn die Arbeitsunfähigkeit mehr als die Hälfte beträgt, eine höhere Rente als Schonungsrente und Nachuntersuchung nach 1—2 Jahren. In einigen Ländern besteht die Einrichtung der Kapitalabfindung an Stelle der fortlaufenden Rente. In Dänemark wird zunächst, mit gutem Erfolg, eine Anzahlung und dann nach 1—2 Jahren eine definitive Abfindung durchgeführt.

In dem Gutachten muß zum mindesten nachgewiesen werden, daß eine hohe Wahrscheinlichkeit des Zusammenhangs der Neurose mit dem Unfall besteht.

Therapeutisch werden psychische Beeinflussung ev. Suggestion empfohlen. Das Arbeiten in Unfallsanatorien hat, nach Ansicht des Verfassers, keine besonderen Erfolge aufzuweisen. Dr. Kurpjuweit-Swinemünde.

Ueber Kopfschmerz bei Unfallverletzten. Von Dr. G. Flatau. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; 1912, Nr. 5.

Unter den Symptomen der traumatischen Neurosen kann man Allgemeinsymptome und Lokalsymptome unterscheiden, wobei aber nicht außer acht gelassen werden darf, daß manche Krankheitszeichen sowohl als Allgemeinsymptome, wie als Lokalsymptome vorhanden sein können.

Dies trifft besonders für den Kopfschmerz zu, der unter den Symptomen der traumatischen Neurosen an Häufigkeit und Wichtigkeit an allererster Stelle zu stehen scheint. Er ist es, der von dem Verletzten besonders als Dauersymptom bezeichnet wird, und der von den die Arbeit beeinträchtigenden Erscheinungen an erster Stelle aufgeführt wird.

Nachdem F. aus einer großen Beobachtungreihe zahlreiche allgemeine Schlüsse hergeleitet hat, demonstriert er an einigen typischen Fällen die Schwierigkeit und richtige Würdigung des Symptomenkomplexes.

Die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Dr. Dörschlag-Bromberg.

Ein Beitrag zur Kenntnis der traumatischen Vitien. Von K. u. K. Regimentsarzt Dr. Alfred Kirchenberger in Pozsony. Wiener mediz. Wochenschrift; 1911, Nr. 47.

Verletzungen des Herzens sind am häufigsten nach Quetschungen und Kontusionen im maschinellen Betrieb, häufig nach Hufschlägen, nach Verletzungen beim Bajonettfechten, selten nach Verletzungen durch matte Geschosse beobachtet.

Für den Mechanismus der Entstehung werden zwei Arten angegeben, einmal soll das systolisch fest zusammengezogene Herz durch die Quetschung der elastischen Brustwand mit betroffen werden, das andere Mal wird die Steigerung des Innendrucks resp. die Druckdifferenz zwischen den verschiedenen Herzhöhlen als Ursache der Läsionen angegeben.

Von Verletzungen kommen in Betracht: Zerreißung der Herzwand, nicht perforierende Zerreißung des Herzmuskels, Verletzungen des Klappenapparats (Riß der Klappensegel, Riß von Sehnenfäden, Riß eines Papillarmuskels, Hämatombildung einer Klappe etc.).

Hochgradige, tödlich endigende Zerreißung des Herzens nach verhältnismäßig geringfügigem Trauma dürfte nur bei einem kranken Herzen vorkommen.

Kleine Zerreißungen der Herzwand enden manchmal erst nach Tagen oder Stunden tödlich. Risse in einer Klappe, Abrisse, die nicht tödlich endigen, erzeugen sehr laute, schwirrende Geräusche. Kleinere Läsionen verlaufen unter dem Bilde einer leichten Endocarditis. Gerinnsel in den Klappen können infiziert werden und unter dem Bilde einer septischen Endocarditis tödlich endigen.

Läsionen des Herzfleisches können zur Insuffizienz des Hermuskels führen und unter dem Bilde der Myocarditis verlaufen.

Im allgemeinen ist die klinische Differentialdiagnose zwischen Klappenriß, Klappenquetschung und Myokardläsion nicht leicht zu stellen, da sich diese Verletzungen häufig kombinieren.

Der Verfasser führt eine eigene Beobachtung ausführlich an, bei der die Diagnose weniger Schwierigkeiten bot. Ein vorher gesunder Soldat erlitt einen Hufschlag gegen die linke Brustwand; sofort nach dem Unfall war ein lautes, rauhes, systolisches Geräusch über den Aortenklappen wahrnehmbar. Der Puls war hüpfend und verlangsamt. Diese Erscheinungen traten bald zurück. Es bildeten sich die Symptome einer Mitralinsuffizienz heraus; dann trat eine Dilatation des Herzens ein.

Der Verfasser erwähnt drei Fälle aus der Literatur, bei denen auch eine auffällige Pulsverlangsamung beschrieben war. Er glaubt, daß nicht Reizung der peripheren Vagusenden, sondern Muskeläsion die Ursache der Pulsverlangsamung ist. Die Muskelläsion würde auch die nachfolgende Mitralinsuffizienz und Herzerweiterung erklären. Die Erscheinungen an den Aortenklappen ließen sich auf eine vorübergehende Läsion, möglicherweise auf eine Suffusion, zurückführen.

Dr. Kurpjuweit-Swinemünde.

Akute Ueberanstrengung und Herzerweiterung. Von Georg Buschan-Stettin. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; Nr. 3.

Unter den Aerzten dürfte heutzutage wohl darüber Uebereinstimmung herrschen, daß chronische Ueberanstrengung des Herzens imstande ist, eine primäre Herzaffektion im Gefolge zu haben. Es liegen in dieser Hinsicht eine ganze Reihe von Beobachtungen vor. In der Mehrzahl der Fälle konnte aber nachgewiesen werden, daß das Herz bereits vor der angeschuldigten Ueberanstrengung invalide gewesen war. Es gibt indes auch Fälle, wo dieser Nachweis nicht zu erbringen ist, ev. in denen bis dahin ganz gesunde Menschen bei der Verrichtung einer für sie ungewöhnlichen Kraftleistung sofort Schmerzen verspürten und der Arzt eine primäre Herzerweiterung feststellte.

Die Möglichkeit der Tatsache konnte Schott an Ringern feststellen; jedoch schwanden bei diesen die Erscheinungen der Herzerweiterung in der Ruhe sehr bald wieder.

Aus der Literatur sind 5 einschlägige Fälle bekannt, die vom Verfasser geschildert werden; sie alle haben das Gemeinsame, daß es sich in ihnen um kräftige, jugendliche, ganz gesunde Leute mit anscheinend gesunden Herzen handelte. Die ersten Erscheinungen machten sich bei diesen sogleich beim Ausführen der über das gewöhnliche Maß hinausgehenden, anstrengenden Arbeit bemerkbar. Die Personen empfanden dabei einen heftigen Schmerz in der linken Brusthälfte, der sofort nachließ und erst nach mehreren Tagen sich wiederholte, so daß die Arbeit aufgegeben werden mußte.

Die Zahl dieser Fälle vermehrt der Verfasser durch eine eigene Beobachtung, die in eingehender Weise geschildert und beleuchtet wird. Es handelte sich bei der Erstattung eines Obergutachtens durch den Verfasser um die Entscheidung der Frage, ob zwischen dem Herzleiden und der akuten Ueberanstrengung (Heben einer sehr schweren Drehschreibe) ein ursächlicher Zusammenhang bestanden habe. B. hat sich für die Bejahung der Frage entschieden.

Dr. Dörschlag-Bromberg.

Die übermäßige Kraftanstrengung als Unfallereignis. Von Dr. J. Kaufmann-Zürich. La Medicina degli infortuni del lavoro e delle assicurazioni sociali. 1911, Nr. 10.

1. Bei der Entscheidung der Frage, ob ein Betriebsunfall vorliegt, ist es nötig, zunächst die Existenz eines Unfalles festzustellen, besonders die Art des Unfalls, und erst nachher muß man besonders nach dem Kausalnexus und dem Betriebe forschen.

2. Wenn man als Art des Unfalls nur eine übermäßige Kraftanstrengung ansehen muß, so darf man diese in der Regel nur dann gelten lassen, wenn sie über das gewöhnliche Maß der professionellen Arbeit hinausgegangen ist.

Dr. Solbrig-Königsberg.

Lähmung des M. serratus major infolge Verletzung des N. thoracicus longus. Von Dr. Franc. Putza-Cagliari. La Medicina degli Infortuni del lavoro; 1911, Nr. 5/6.

Ein ländlicher Arbeiter von 33 Jahren erlitt dadurch, daß er beim Fortrollen eines großen Bottichs nach vorn gerissen wurde und, um nicht hinzufallen, sich stark nach rückwärts warf, einen plötzlichen Schmerz in der rechten Schulter; auch stellte sich alsbald eine Behinderung im Gebrauch des Armes ein. Trotzdem suchte er keine ärztliche Hülfe auf, in der Hoffnung, daß die „Verrenkung" von selbst heilen würde. Nach 11 Monaten wurde festgestellt, daß das rechte Schulterblatt in die Höhe und gegen die Wirbelsäule verschoben war, die Bewegung des Armes unter Verlegung des Schwerpunkts des Körpers nach links uud durch heftige oszilierende Bewegung erfolgte, während die passiven Bewegungen frei waren. Die Diagnose lautete, wie oben angegeben. Die Behandlung mit Massage und Elektrizität erzielte eine Heilung innerhalb 3 Monaten.

Nicht immer gelingt es, solche Lähmungen des M. serratus, die durch Dehnung oder Zerreißung des N. thoracicus longus entstehen, zu heilen, während in anderen Fällen von selbst Heilung eintritt. Dr. Solbrig-Königsberg.

Genu recurvatum nicht als Belastungs-, sondern als Kompensationsdeformität nach Unterschenkelbruch. Von Dr. Hilmar Teske. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen; 1912, Nr. 1.

Ein zwanzigjähriger Mensch, der als Kind an Rachitis gelitten und deshalb nach außen und hinten etwas gekrümmte Beine hatte, erlitt einen Unterschenkelbruch zwischen mittlerem und unterem Drittel. Nach 5 Jahren ergab die Durchleuchtung des ganzen Unterschenkels, daß dieser zwei Krümmungen aufwies. Die erste an der Bruchstelle nach hinten, die zweite an der Grenze des mittleren und oberen Drittels in entgegengesetzter Richtung. Verfasser fügt eine Abbildung dieses doppelt verkrümmten Unterschenkelknochens bei.

Dr. R. Thomalla-Altena-Lüdenscheid.

Ueber einen Fall von Kompressionsfraktur der Tibia. Von Dr. F. Erfurth. Zeitschrift für Unfallheikunde u. Invalidenwesen; 1912, Nr. 1.

Infolge Sturz von einer Leiter zog sich ein Arbeiter einen rechtsseitigen Schlüsselbein- und linksseitigen Schienbeinbruch zu. Der Röntgenbefund, den Verfasser in Abbildung beigibt, zeigt deutlich einen Quetschungsbruch des Schienbeins, wobei der Schaft in den Schienbeinkopf hineingetrieben ist; zugleich zeigt dieser Schaft auch noch eine Verschiebung nach hinten. Verfasser macht uns mit dem Gang der Behandlung, den subjektiven Klagen des Verletzten bei der Entlassung und mit dem Entlassungsbefund bekannt, woraufhin er sein Endurteil abgibt. Dr. R. Thomalla - Altena - Lüdenscheid.

Ueber die Anpassung an Verstümmelungen. Von Prof. Carlo Julliard-Genf. La Medicina degli infortuni del lavoro e delle assicurazioni soziali; 1911, Nr. 8/9.

Die interessante Zusammenstellung von 307 Unfallverletzungen mit den zutreffenden Ausführungen dient zum Beweis dafür, daß, wie auch dies in unserer Literatur wiederholt dargetan ist, selbst durch erheblichere Verstümmelungen bei gutem Willen des Verletzten — namentlich dann, wenn es sich um nicht entschädigungspflichtige Verletzungen handelt — die Arbeitsfähigkeit keine oder viel geringere Einbüße erleidet, als nach den gebräuchlichen Entschädigungssätzen angenommen wird. Von 307 Verstümmelten verdienten 48 % nach dem Unfall mehr als vorher und nur bei 24 % blieb der Arbeitsverdienst dauernd vermindert. Als besonders charakteristisch sind folgende Fälle hervorzuheben: Ein Mann, der als Knabe die 3 letzten Finger der linken Hand verloren hatte (nicht entschädigungspflichtiger Unfall), wurde als geschickter Arbeiter mit fast 7 Frcs. Tagelohn beschäftigt; ein Maschinist, der den 2.—5. Finger der rechten Hand bis auf Stümpfe verloren hatte, und dafür mit einer einmaligen Entschädigung abgetan war, verdiente nach dem Unfall als Maschinist genau so viel wie vorher; der Verlust des rechten Daumens (nicht entschädigungspflichtig) schädigte einen Verletzten in keiner Weise u. dergl. m. Ebenso war der Verlust eines Auges meist ohne nachteilige Einwirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

So kommt Verfasser zu dem Schluß, daß bei 75 % der Verletztungen der Finger und des Verlustes eines Auges nachweisbare Einbuße der Arbeitsfähigkeit auf die Dauer nicht mehr besteht. Er wünscht deshalb eine Aenderung in der Handhabung der Begutachtung nach der Richtung, daß der sachverständige Arzt sich von vornherein darüber äußert, ob nur eine einfache Verstümmelung oder zugleich eine Verminderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt Dementsprechend sollte die Rente im ersten Fall nur für die Zeit bis zur Anpassung an den verstümmelten Zustand gewährt werden. (Dies bezieht sich auf ausländische Verhältnisse, wobei die Unfallverletzten eine einmalige Abfindung erhalten; bei uns in Deutschland ist in der Beziehung besser gesorgt, wiewohl noch immer viel zu oft und zu lange Teilrenten für Fingerverletzungen gegeben werden, wo von einer Beschränkung der Erwerbsfähigkeit eigentlich nicht die Rede ist! Ref.) Dr. Solbrig - Königsberg.

Ueber Maßnahmen zur Verhütung von Betriebsunfällen. Von Dr. Beroler - Charlottenburg. Konkordia; 1912, Nr. 3.

Der Verfasser berichtet über einen Vortrag von Prof. Dr. K. Hartmann und hebt folgende Schlußsätze hervor: 1. Durch Vermehrung und Verbesserung der Arbeiterschutzvorschriften, durch Ausbau der Arbeiterschutztechnik, Bekanntgabe bewährter Sicherheitseinrichtungen in Vorträgen, auf Ausstellungen und in Museen und durch ausreichende sachverständige Ueberwachung ist auf die Durchführung von Schutzmaßnahmen mit Erfolg hingewirkt worden. 2. Wenn verschiedene Behörden und Organisationen zum Erlasse von Vorschriften zur Verhütung von Unglücksfällen und Gewerbekrankheiten befugt sind, so ist eine inhaltlich gleichlautende Fassung der an gleichartige Betriebseinrichtungen zu stellenden Anforderungen herbeizuführen. 3. Die Arbeiterschutztechnik muß immer mehr dahin ausgestaltet werden, daß die Sicherung gegen Gefahren für Leben und Gesundheit der Arbeiter unmittelbar durch den Bau und durch die Verwendungsweise der Betriebseinrichtungen erzielt wird, nicht durch nachträglich angebrachte Vorkehrungen. 4. Die Mitwirkung der

Arbeiter bei der Durchführung der Sicherheitsvorschriften ist für deren Erfolg sehr wichtig. Es ist durch unmittelbare Einwirkung von Vertrauensmännern und Arbeiterausschüssen, durch häufige mündliche Anleitung, durch Vorträge und Kurse, Besuch von Arbeiterschutzmuseen, durch Veranstaltung von Wanderausstellungen, Vorträge in den Fortbildungsschulen, Aufnahme der Arbeiterschutzforderungen als Lehrgegenstand in die Lehrlings- und Gesellenprüfungen, durch Angaben kurzgefaßter Merkblätter und Warnungsplakate, durch Verleihung von Prämien für die Angabe von Verbesserungen an den Betriebseinrichtungen das Interesse der Arbeiter anzuregen und dauernd zu erhalten. 5. Für den Erfolg der Durchführung von Sicherheitsmaßnahmen ist das Verhalten der Betriebsbeamten von großer Bedeutung, da sie in den meisten Fällen besser die dauernden Beachtungen der Arbeiterschutzvorschriften herbeiführen können als die Betriebsunternehmer. Die Betriebsbeamten sind zur Mitwirkung zu veranlassen; ihre Verantwortlichkeit ist durch Vorschriften festzulegen. 6. Bei der wissenschaftlichen Bearbeitung der Sicherheitsmaßnahmen ist Wert auf ihre systematische Behandlung zu legen, so daß Grundsätze entwickelt werden, die den Forderungen des Arbeitsschutzes entsprechen und dem Konstrukteur der Betriebseinrichtungen sicheren Anstalt dafür bieten, daß er schon beim Entwerfen solcher Einrchtungen den Schutzvorschriften genügt.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Schwere Neurasthenie durch Chockwirkung infolge des Anblicks von Leichenteilen eines verunglückten Kameraden. Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 18. Dezember 1911. Kompaß; 1912, Nr. 5.

Auf Grund der Aussagen der übrigen Zeugen ist als erwiesen anzusehen, daß dem Kläger und anderen Bergleuten ein etwa handtellergroßes Stück der Hirnschale eines kurz vorher verunglückten Bergmanns, das noch die Körperwärme in sich hatte, gezeigt ist und daß er bei der in der Grube vorhandenen Beleuchtung dieses Stück gut erkennen konnte. Es muß ferner als erwiesen gelten, daß der Kläger über diesen Anblick stark erschrocken ist, gezittert hat, im Gesicht fahl geworden ist und später nicht zu bewegen gewesen ist, das Fördergerippe zu besteigen, sondern die Grube zu Fuß verlassen hat. Bei dieser Sachlage hat das Reichsversicherungsamt sodann im Hinblick auf das Gutachten des San.-Rats Dr. M. vom 30. Juli 1910, mit dem im wesentlichen auch dasjenige des Privatdozenten Dr. H. vom 29. Dezember 1910 übereinstimmt, die Ueberzeugung gewonnen, daß bei dem Kläger, der schon vor diesem Unfall neurasthenisch veranlagt war, hierdurch mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit die zurzeit bestehenden schweren neurasthenischen Beschwerden ausgelöst sind und daß er hierdurch in seiner Erwerbsfähigkeit um $66\,^2/_3\,\%$ beeinträchtigt ist.

Das fast völlige Verschwinden der Sehfähigkeit auf beiden schon früher für das gewerbliche Leben als erblindet anzusehenden Augen bedeutete keine wesentliche Verschlimmerung. Größere Hilflosigkeit als früher war dadurch nicht bedingt. Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 24. November 1911. Kompaß; 1912, Nr. 4.

Dem Rekurse der Berufsgenossenschaft war stattzugeben. Das R.-V.-A. hat nicht die Ueberzeugung gewinnen können, daß in den Verhältnissen des Verletzten eine wesentliche Verschlimmerung eingetreten ist. Wenn auch die Sehfähigkeit des linken Auges noch geringer geworden ist, so hat doch der Verletzte sie noch nicht gänzlich eingebüßt. Seine Hilflosigkeit ist auch seit 1905 nicht größer geworden, da er sich im Hause allein bewegen und die Verrichtungen des täglichen Lebens allein ohne fremde Hilfe vornehmen kann. Deshalb liegt kein Grund vor, die Teilrente von 80 % des Jahresarbeitsverdienstes, welche gänzlich Erblindeten gewährt zu werden pflegt, zu erhöhen.

Der glatte Verlust des rechten Zeigefingers nach eingetretener Gewöhnung berechtigt bei einem Bergmann nicht zum dauernden Bezug einer Unfallrente. Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 25. Januar 1912. Kompaß; 1912, Nr. 8.

Nach dem einwandfreien Gutachten des Landesmedizinalrats Prof. Dr. L. in Düsseldorf vom 9. Februar 1911 handelt es sich jetzt um den glatten Verlust des rechten Zeigefingers nach eingetretener Gewöhnung. Hiervon hat sich auch das Schiedsgericht durch die Einnahme des Augenscheins überzeugt. Der Rekurssenat hat bei dieser Sachlage ebenfalls angenommen, daß der Verletzte durch die Unfallfolgen in seiner Erwerbsfähigkeit nicht mehr meßbar beeinträchtigt ist. Es steht ferner fest, daß der Verletzte als Hauer tätig ist und ungefähr den gleichen Lohn (4,30 M.) wie die anderen Hauer verdient.

Hiernach ist die Aufhebung der Rente gerechtfertigt.

Der glatte Verlust des linken Zeigefingers bei einem Bergmann (Hauer) berechtigt nach entsprechender Angewöhnungszeit nicht mehr zum Bezuge einer Unfallrente. Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 7. November 1911. Kompaß; 1912, Nr. 4.

Nach den Feststellungen des ärztlichen Sachverständigen handelt es sich bei dem Verletzten um den glatten Verlust des größten Teiles des linken Zeigefingers. Wenn auch zugegeben werden soll, daß dem Verletzten bei gewissen Arbeiten noch Unbequemlichkeiten durch die Verstümmelung des Fingers erwachsen, so können diese doch, nachdem seit dem Unfall 12 Jahre verflossen sind, keineswegs als so erheblich angesehen werden, daß sie wirtschaftlich ins Gewicht fallen und eine Erwerbsunfähigkeit meßbaren Grades noch bedingen. Dafür, daß völlige Gewöhnung an den Substanzverlust eingetreten ist, sprechen auch die normalen Lohnverhältnisse. Bei dieser Sachlage steht dem Verletzten ein Anspruch auf Rente nicht mehr zu.

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

a. Wochenbettfieber, Wochenbetthygiene und Krankheiten der Neugeborenen.

Die Technik und Bedeutung der bakteriologischen Untersuchung des Uterussekrets in der Praxis. Von Dr. M. Traugott, I. Assistent der städt. Frauenklinik in Frankfurt a. M. Münchener medizinische Wochenschrift; 1912, Nr. 4.

Verfasser bespricht zuerst in längeren Ausführungen den Wert und die Bedeutung der bakteriologischen Untersuchung des Genitalsekretes in diagnostischer, prognostischer, therapeutischer und prophylaktischer Beziehung; davon interessiert hier besonders ihr diagnostischer und prophylaktischer Wert. Die Kenntnis der Keimfreiheit des Cavum uteri bei allen frischen fieberhaften Zuständen im Puerperium läßt das Fehlen einer genitalen Affektion bestimmt diagnostizieren und die Diagnose extragenitale Erkrankung mit Sicherheit stellen. Auch ist die Kenntnis des bakteriologischen Verhaltens des Uterussekrets unbedingt notwendig zur Differentialdiagnose zwischen einer frischen puerperalen Wunderkrankung und einer anderen beginnenden Wundkrankheit im Wochenbett (Typhus, Scharlach usw.).

Prophylaktisch ist die Untersuchung des Lochialsekretes eine Notwendigkeit, um gesunde Wöchnerinnen von Streptokokkenträgerinnen ohne klinische Reaktion zu isolieren und so die Uebertragung der für ihren Wirt klinisch bedeutungslosen Streptokokken auf eine durch denselben Stamm sehr gefährdete Wöchnerin zu vermeiden. Die Kenntnis, daß es sich, wenn die Patientin selbst auch nur sehr geringe oder gar keine Krankheitserscheinungen bietet, um Erreger handelt, die für eine andere Wöchnerin hervorragend gefahrbringend sein können, ist für den in der Praxis stehenden Geburtshelfer ebenso wichtig, wie für den Kliniker, zur Vermeidung der Uebertragung von Mensch zu Mensch. Auf die eminente Bedeutung der Kenntnis dieser Tatsache für die Hebamme und auf die dadurch bedingte Notwendigkeit der Aenderung der bestehenden Hebammenbestimmungen hat bereits Goldschmidt hingewiesen.

Hierauf sucht Verfasser der immer wieder aufgestellten Behauptung der Gefährlichkeit der Entnahme des Untersuchungsmateriales aus dem Cavum uteri entgegenzutreten und betont, daß von einer solchen Gefahr bei Anwendung einer geeigneten Methode keine Rede sein könne. Bezüglich des Ortes

der Entnahme des Untersuchungsmaterials kommt Verfasser auf Grund seiner eingehenden und ausgedehnten Untersuchungen zu der Ueberzeugung, daß, wenigstens bei Kreißenden, ein immerhin erheblicher Unterschied zwischen den bakteriologischen Verhältnissen der verschiedenen Vaginalabschnitte besteht und deshalb die bakteriologische Untersuchung des Vaginalsekretes aus irgend einem Abschnitte der Vagina nicht als gleichwertig anzusehen ist der Untersuchung der Uteruslochien; es sei daher die Entnahme des Sekrets aus dem Uterus zur bakteriologischen Diagnosestellung für unbedingt notwendig zu halten. Zum Schlusse bespricht Verfasser noch die ziemlich einfache Technik der Sekretentnahme und der Weiterbehandlung des Sekrets (Einsendung an eine hygienische Untersuchungsstation usw.).

Dr. Waibel-Kempten.

Hebammen und Kindbettfieber. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Winter-Königsberg. Allg. Hebammen-Ztg.; 1912, Nr. 3.

Zur Vermeidung des Kindbettfiebers ist für die Hebammen wichtig:

1. Die innere Untersuchung der Gebärenden muß verboten resp. auf besondere Anzeichen beschränkt bleiben.
2. Innere Untersuchungen sind nur mit Gummihandschuhen vorzunehmen.
3. Den Hebammen ist die Tamponade bei Fehlgeburten und vorliegendem Mutterkuchen möglichst zu verbieten.
4. Den Hebammen ist die Leitung einer Geburt zu verbieten, wenn sie selbst an ansteckenden Krankheiten leiden.

Es ist daher eine Aenderung des Hebammenlehrbuchs notwendig. Ferner ist eine Bekämpfung der Hebammenpfuscherei angezeigt. Schließlich ist eine Aufklärung der Bevölkerung über die Ursachen und Gefahren des Kindbettfiebers, eventuell durch ein Merkblatt wünschenswert.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Wochenbetterkrankungen im Reg.-Bez. Wiesbaden von 1897 bis 1908. Von Kreisarzt Dr. Traugott Pilf in Wiesbaden. Klinisches Jahrbuch; 1911, Bd. 26, Heft 1.

Der Reg.-Bez. Wiesbaden gehört zu denjenigen, welche die an der Hand vorgedruckter Formulare erstatteten Berichte über Wochenbettfieber sammeln lassen. Es kann für die Erforschung der Ursachen des Kindbettfiebers kein geeigneteres Material geben als diese Berichte, die auf Grund objektiver und sachverständiger Ermittelungen beamteter Aerzte an Ort und Stelle aufgenommen sind. Es wäre zu wünschen, daß für sämtliche Regierungsbezirke ein derartiges Formular (noch besser vielleicht das von Winter in Ostpreußen benutzte) vorgeschrieben würde, und für ganz Preußen eine Bearbeitung in der Zentrale stattfände. Sicher würden wir hierdurch immer mehr Klarheit in den zum Teil noch dunklen Fragen der Entstehung des Kindbettfiebers gewinnen.

Vorläufig müssen wir uns mit den Zusammenstellungen der Wochenbetterkrankungen einzelner Regierungsbezirke begnügen. Die sorgfältig durchgearbeitete Zusammenstellung Pilfs über die 2133 kreisärztlich untersuchten Fälle zeigt, wie viel sich aus solchem Material herausholen läßt.

In 990 Fällen, also fast der Hälfte der untersuchten Fälle, waren ärztliche Eingriffe vorausgegangen. An der Spitze steht wieder der gefährlichste Eingriff, die manuelle Plazentarlösung. 295 mal handelte es sich um Zangenentbindungen, 231 mal um Wendungen oder Ausziehungen, 43 mal um Perforationen und 70 mal um anderweitige Operationen. 376 mal waren Dammrisse als Ursache der Erkrankung anzunehmen (darunter 123 ungenähte).

Ein Verschulden des Arztes an dem Tode oder der Erkrankung mußte in 49 Fällen angenommen werden, 72 mal ein Verschulden der Hebamme. Eine große Anzahl lehrreicher Einzelfälle zeigt, was hier noch alles gesündigt wird. Besonders die Behandlung der Nachgeburtsperiode macht den Hebammen viel Schwierigkeiten. Mehrfach unterließen sie die Lösung der Nachgeburt, so daß die Frau verblutete. Nur 3 mal kam es in den 12 Jahren vor, daß die Hebammen die Lösung der Nachgeburt vornahmen. Daß die Hebammen den Credéschen Handgriff viel zu oft und zu früh anwenden, ist auch in der Pilfschen Zusammenstellung hervorgehoben.

Leider verbietet es der enge Rahmen eines Referats, auf die zahlreichen

interessanten Einzelheiten der fleißigen Arbeit einzugehen. Sie bietet jedem Medizinalbeamten zahlreiche Anregung für Aenderungen und Besserungen der geburtshilflichen Versorgung des eigenen Bezirkes. Es seien hier nur noch die Schlußfolgerungen wiedergegeben:

1. Die Hebammen sind nach Möglichkeit und den Verhältnissen entsprechend aus den gebildeten Ständen zu nehmen; der Hebammenstand ist zu den gebildeten Ständen zu rechnen.

2. Die Zahl der Hebammen ist möglichst zu beschränken.

3. Die Art der im Reg.-Bez. Wiesbaden üblichen Ermittelungen bei Krankheiten und Todesfällen im Wochenbett, ist sehr geeignet, Mißstände aufzudecken, zur Fortbildung der Hebammen beizutragen und das Wohl der Wöchnerin und Säuglinge zu fördern.

4. Die Hebamme hat sich der Pflege einer kranken Wöchnerin, auch wenn es sich nicht um „Wochenbettfieber“ handelt, stets zu enthalten, denn sie ist keine Krankenpflegerin.

5. Die Hebamme hat auch dann die regelmäßigen Wochenbesuche zu machen und die Körperwärme der Wöchnerin zu messen, wenn die Frau aufgestanden ist; nur auf bestimmten Wunsch dürfen die Wochenbesuche vor dem 10. Tage eingestellt werden. § 251 des Hebammenlehrbuches ist in diesem Sinne zu ergänzen.

6 In § 252 des Hebammenlehrbuches muß ausführlich darauf hingewiesen werden, weshalb die peinlichste Sauberkeit der Hände der Wöchnerin so außerordentlich wichtig und bedeutungsvoll ist.

7. Ueber das Wesen der Lungentuberkulose, ihre Gefahren und ihre Verhütung sind in § 77 des Hebammenlehrbuchs genauere Ausführungen zu machen, die der Bedeutung dieser übertragbaren Krankheit entsprechen.

8. Die Hebamme hat die Erkrankung einer Schwangeren oder Wöchnerin an offener Tuberkulose dem Kreisarzte zu melden; in § 34 der Dienstanweisung für die Hebammen ist diese Krankheit als meldepflichtig zu bezeichnen.

9. Die Ausführung des Credéschen Handgriffes ist von den Hebammen als „Kunsthilfe“ in Spalte 13 des Tagebuches einzutragen; § 219 des Hebammenlehrbuches ist in diesem Sinne zu ergänzen.

10. In den §§ 93 und 197 des Hebammenlehrbuches muß genau auseinandergesetzt werden, daß der Einlauf in den Darm vor der Entbindung nicht nur den Zweck der Darmentleerung hat, sondern ganz besonders den der Darmreinigung, daß er also in keinem Falle unterbleiben darf.

11. Die Bestimmung des Hebammenlehrbuches in § 221, ärztliche Hilfe bei Dammrissen betreffend, ist dahin abzuändern, daß bei jedem Dammriß ein Arzt zugezogen werden muß.

12. Die Hebamme hat eiternde Dammrisse dem Kreisarzt zu melden und sich der Behandlung dieser eiternden Wunden, bis auf weiteres auch der Hebammentätigkeit zu enthalten. In § 34 der Dienstanweisung für die Hebammen muß dies ausdrücklich angeordnet werden.

13. Von den Aerzten, die regelmäßig Geburtshilfe treiben, müssen in bezug auf entsprechende Kleidung, Desinfektionsmaßregeln und Meldung fieberhafter Erkrankungen im Wochenbett, sowie Enthaltung von der Berührung eiteriger Gegenstände mindestens dieselben Vorschriften erfüllt werden wie von den Hebammen.

14. Den Aerzten müssen Hebammenlehrbuch und Dienstanweisung für die Hebammen genau bekannt sein; sie müssen sich schon in der Studienzeit damit beschäftigen und bei der ärztlichen Prüfung die nötigen Kenntnisse darin aufweisen.

Dr. Dohrn-Hannovnr.

Ein Beitrag zur geburtshilflichen Statistik des Stadt- und Landkreises Kattowitz. Von Frauenarzt Dr. Eduard Preiß in Kattowitz. Klinisches Jahrbuch; 1911, Bd. 26, H. 1.

Während die Geburten, die in den Entbindungsanstalten, Wöchnerinnenasylen u. dergl. erfolgen, nur eine ganz geringe Sterblichkeits- und Erkrankungsziffer zeigen, sind Störungen bei den zu Hause entbundenen Frauen leider immer noch recht häufig. Hier machen Zahl und Beschaffenheit der Hebammen, Kulturzustand der Bevölkerung, Beschaffenheit der Wohnungen und Häufigkeit der ausgeführten Operationen ihren Einfluß geltend.

P. untersuchte die einschlägigen Verhältnisse seines Heimatbezirkes, in dem er seit 20 Jahren tätig ist.

Nur 2 Hebammen haben mehr als 100 Geburten im Jahre. Das Einkommen der besten Hebamme im Stadtkreise beträgt kaum mehr als 1500 Mark, im Landkreise 1000 Mark. Es erkrankten 7,19 ‰ Frauen nach der Geburt, 2,52 ‰ starben bei der Geburt und im Wochenbett.

Zur Verhütung von Störungen der Geburt und des Wochenbetts würde es sich empfehlen, daß sich jede Frau in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft von einem Arzt oder Hebamme untersuchen läßt. Ferner gilt es, das Publikum weitgehend über die dringende Notwendigkeit der Naht jedes Dammrisses aufzuklären. Die zahllosen Senkungen, chronischen Katarrhe mit ihren nervösen und funktionellen Störungen, die Störungen oder gänzliche Verhinderung späterer Schwangerschaften würden sich oft vermeiden lassen, wenn rechtzeitig die Dammnaht ausgeführt würde. — Außerdem verlangt Verfasser ausführliche vierteljährliche Berichte der Hebammen über ihre Tätigkeit an den Kreisarzt. Dr. Dohrn-Hannover.

Ueber eigentümliche herdförmige Degenerationen der Thyreoidea-Epithelien bei Purpura eines Neonatus. Von Ch. A. Pettavel. Virchows Archiv; 1911, 206. Bd.

Das im neunten Monat von einer an Purpura leidenden 17jährigen geborene Kind starb 10 Tage nach der Geburt an Purpura. Verfasser fand bei der histologischen Untersuchung in der Schilddrüse eigenartige Komplexe stark vergrößerter Follikelepithelien, in deren Protoplasma besonders bei Kresylviolettfärbung auffallende (rotgefärbte) Granula festgestellt wurden. P. meint, daß eine bei der Purpura im Blut entstandene Noxe vielleicht diese degenerativen Veränderungen hervorgebracht habe. Dr. Merkel-Erlangen.

---

b. Granulose.

Was wissen wir über die Aetiologie des Trachoms? Von Dr. Sattler-Königsberg i. Pr. Medizinische Klinik; 1911, Mr. 15.

Verfasser gibt einen kurzen Ueberblick über die ganzen neueren Forschungen auf dem Gebiete des Trachoms und stellt als Fazit zum Schlusse fest, daß wir bis jetzt trotz aller Anstrengungen weder für die Diagnose des Trachoms sicher verwendbare Anhaltspunkte in dem Nachweis des Erregers, noch Ergebnisse für die Therapie durch die Methoden der Immunitätsforschung gewonnen haben. Rpd. jun.

---

c. Geschlechtskrankheiten (Syphilis und Gonorrhoe).

Uebertragung von Syphilis durch einen Schnuller. Von M. Kassowitz in Wien. Wiener klin. Wochenschrift; 1911, Nr. 50.

Ein kongenitalluetisches Kind infizierte den älteren Halbbruder. Der Infektionsträger war ein Schnuller. Dr. Dohrn-Hannover.

Syphilis als Erblindungsursache bei jugendlichen Individuen. Von Dr. Jos. Igersheimer in Halle a. S. Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten; 1911, 12. Bd., Nr. 7.

Die an 187 Zöglingen der Provinzial-Blindenanstalt in Halle ausgeführten Untersuchungen ergaben, daß nahezu ein Drittel der Erblindungen (27,8 %) durch Geschlechtskrankheiten verursacht waren. Die Syphilis spielte bei 13,4 %, der Tripper bei 14,4 % als ursächliches Moment eine Rolle.

Aus obigen Untersuchungen, die mit Zuhilfenahme der Wassermannschen Reaktion angestellt wurden, geht hervor, daß die Syphilis als Erblindungsursache eine sehr viel größere Rolle spielt, als man bisher allgemein angenommen hat. Von dem Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten ist daher auch eine Abnahme der Blindenzahl zu erhoffen. Dr. Dohrn-Hannover.

Beiträge zur pathologischen Histologie, Genese und Aetiologie der Doehle-Hellerschen Aortitis. Von Paul Eich. Frankfurter Zeitschrift für Pathologie; Bd. VIII.

Aus den zahlreichen Untersuchungen des Verfassers an Paralytikern

ergibt sich, daß die Doehle-Hellersche Aortitis sich vorzugsweise in der Aorta ascendens, im Bogen in der Aorta descendens bis zu den Nierenarterien herab lokalisiert und charakterisiert ist durch narbige Falten- und Furchenbildung, grübchenartige Einziehungen, Dellen und durch weißliche derbe, nicht verkalkte Intimaverdickungen; diesem Bild entspricht eine Media und Adventitia betreffende Entzündung, die zur Bildung stark schrumpfender Narben führt, nicht selten auch die Intima sekundär mit betrifft. Hauptsächlich in der Media kommt es durch diese produktive Entzündung zu fleckenweiser Zerstörung der elastischen Faserelemente. In 86% der Fälle findet sich bei den Individuen mit dieser fibrösen Mesaortitis eine vorausgegangene syphilitische Infektion, wenn auch eine nichtsyphilitische Entstehung dieser Krankheit keineswegs völlig ausgeschlossen werden kann. Die Wassermannsche Reaktion ist unter entsprechenden Kautelen auch an der Leiche zur Sicherung der syphilitischen Aetiologie mit gutem Erfolg heranzuziehen.

Dr. Merkel-Erlangen.

Erfahrungen mit der Wassermannschen Reaktion an der Hand von 1300 Fällen, auch unter Berücksichtigung der Sternschen Modifikation. Von Stabsarzt Dr. Trembur, Oberarzt Dr. Schröder und Privatdozent Dr. Busse in Jena. Klinisches Jahrbuch; 1911, Bd. 26, H. 1.

Die Autoren fassen ihr Urteil über die Wassermannsche Reaktion in folgenden Leitsätzen zusammen:

1. Die positive Wassermannsche Reaktion beweist nur eine stattgehabte luetische Infektion.

2. Zuverlässige Resultate sind nur zu erwarten bei einer Zentralisation der Untersuchungen in großen Instituten. Alle Modifikationen, die darauf hinzielen, die Untersuchung in der Sprechstunde des Arztes vorzunehmen, sind unbrauchbar und dienen nur dazu, die Unsicherheit zu erhöhen.

3. Die Untersuchung soll nur von besonders geschulten Aerzten vorgenommen und keinesfalls dem Personal überlassen werden.

4. Unter Berücksichtigung der Literatur scheint das Arbeiten mit syphilitischen Fötalleber-Extrakten bessere Resultate zu geben.

5. Um zuverlässige Resultate zu erhalten, ist das Arbeiten mit mindestens drei Extrakten notwendig.

6. Die Sternsche Modifikation ist sehr erwünscht, aber nur im Zusammenhang mit dem inaktiven Wa-Versuch brauchbar.

7. Ist der inaktive Versuch positiv, der aktive negativ, so muß der aktive mit höheren Extraktmengen wiederholt werden.

8. Ist der inaktive Versuch negativ, der aktive Versuch positiv, so muß die Untersuchung wiederholt werden.

9. Bei unklaren Fällen ist eine provokatorische Schmierkur angezeigt.

10. Spricht anamnestisch und klinisch nichts für Lues, ist trotzdem die Wa-Reaktion positiv, so soll die Reaktion in gewissen Zwischenräumen mindestens dreimal wiederholt werden.

11. Alle klinisch unklaren Fälle sind der Wa-Reaktion zu unterwerfen.

12. Der positive Ausfall der Wa-Reaktion ist geeignet, bei angeblichen Unfallkranken unter Umständen die Aetiologie zu klären; ebenso kann die Reaktion in forensischen Fällen und bei der Auswahl von Ammen wichtige Dienste leisten.

Dr. Dohrn-Hannover.

Der negative Wassermann. Von Prof. Dr. Kromayer und Dr. Trinchese-Berlin. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 10.

Verfasser fassen ihre Ausführungen wie folgt zusammen:

1. Der positive und negative Ausfall der Wassermannschen Reaktion hängt nicht nur von der Qualität der verwendeten Reagentien, sondern auch von ihren Mengenverhältnissen, insbesondere des Komplements, ab. Bei sorgfältiger Austitrierung des Komplements ist der Original-Wassermann absolut zuverlässig.

2. Der positive Ausfall des Original-Wassermann kann durch Veränderung der Mengenverhältnisse stets in einen negativen umgewandelt werden. Die Austitrierung der positiven Reaktion gibt klinisch und therapeutisch wichtige Aufschlüsse über die Höhe des Hemmungsgehaltes im syphilitischen Serum.

3. Der negative Ausfall des Original-Wassermann bei Luetikern kann in einem hohen Prozentsatze durch Vorbehandlung und Verstärkung des Serums, insbesondere durch Verringerung des Komplementes, in einen positiven verwandelt werden (verfeinerter Wassermann).

4. Der positive Ausfall des verfeinerten Wassermann bei Luetikern ist ein Zeichen der Lues und beruht nicht etwa auf Zufälligkeiten des Blutserums.

5. Der negative Ausfall des bis zur äußeren Grenze verfeinerten Wassermann zeigt bei Syphilikern mit großer Wahrscheinlichkeit die Heilung der Spphilis an. Rpd. jun.

Ueber Salvarsan. Von P. Ehrlich. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 47.

Verfasser sucht in dem Streben, die Prinzipien aufzufinden, nach denen die Behandlung mit Salvarsan am besten erfolgen kann, zunächst in längeren interessanten Ausführungen die Ursachen der verschiedenen Resultate, die an verschiedenen Behandlungsstellen bei Anwendung dieses Mittels erzielt worden sind, zu besprechen und den Nachweis zu liefern, daß gewisse schädigende Wirkungen, die im Anfang dem Salvarsan zur Last gelegt wurden, durch andere Umstände bedingt waren. So hat sich herausgestellt, daß verschiedene Krankheitserscheinungen, wie Fieber, Kopfschmerzen, Erbrechen, Diarrhöen mit mehrtägigem schwerem Kranksein, von Verwendung des mit Bakterien verunreinigten destillierten Wassers herrührten und durch geeignete Kautelen resp. durch Verwendung eines absolut frisch destillierten Wassers so gut wie vollkommen vermieden werden können.

Es ist ferner die ursprüngliche Ansicht, daß verschiedene krankhafte Störungen des Nervensystems, insbesondere auch die Neurorezidive, auf Arsenizismus zu beziehen sind, ohne weiteres hinfällig, weil genau dieselben Krankheitserscheinungen gar nicht so selten ebenfalls nach Quecksilberbehandlung beobachtet worden sind, wie aus der (im Original) beigefügten tabellarischen Uebersicht deutlich hervorgehen dürfte. Nachdem Verfasser noch die Momente zusammenfaßt, die dafür sprechen, daß es sich bei den Neurorezidiven ausschließlich um das Auskeimen ganz vereinzelt liegen gebliebener Spirochätenreste, nicht um eine Arsenschädigung des Nerven handelt, geht er auch näher auf die Todesfälle ein, die mit Salvarsan in ursächlichem Zusammenhang gebracht worden sind. Ein großer Teil dieser Todesfälle hätte nach Verfassers Meinung vermieden werden können, wenn seine früheren Warnungen und Vorsichtsmahnungen bei Auswahl der in Behandlung zu nehmenden Fälle mehr beachtet worden wären. Derartige Unfälle lassen sich voraussichtlich vollkommen verhüten, wenn man schwerkranke Patienten, wie z. B. Kranke mit hochgradiger Phthise, mit weit vorgeschrittenem Aortenaneurysma, mit schwerem Herzfehler oder Kranke im Endstadium der perniziösen Anämie etc. überhaupt von der Salvarsanbehandlung ausschließt oder diese mit kleinen Dosen, mit 0,1 beginnend, in vorsichtiger Weise durchführt. Es ist namentlich wichtig, bei Frühfällen, in denen Hirnsymptome besonders deutlich auftreten, sehr vorsichtig und mit wiederholten kleinen Dosen statt einzelnen großen Schlägen zu behandeln. Man muß die Patienten ferner sorgfältig überwachen und sie nicht in den ersten Tagen nach erfolgter Injektion arbeiten oder reisen, insbesondere sie nicht den Gefahren von Kneipereien sich aussetzen lassen; es ist ferner nötig auf das erste Erscheinen von Hirnsymptomen sorgfältig zu achten und sofort beim Auftreten derselben für eine Druckentlastung des Hirns durch Punktion resp. durch Trepanation Sorge zu tragen. Verfasser hält es für außerordentlich leicht möglich, auch diese Fälle (mit den eigentümlichen Erscheinungen der Encephalitis haemorrhagica) mit dem „Wasserfehler“ in Zusammenhang zu bringen.

Uebrigens ist die Zahl der Unfälle im Verhältnis zu den Hunderttausenden mit Salvarsan behandelten Patienten doch immerhin eine so geringe, daß zu irgendwie ernsten Bedenken durchaus kein Anlaß besteht und daß die Gefahrchance sicher viel geringer ist als beim Chloroform. Kurz, Verfasser glaubt die Behauptung aufstellen zu dürfen, daß das Salvarsan durch die Erfahrungen des letzten Jahres als eine relativ unschädliche Substanz erkannt worden ist und daß die akute Reaktion, die stets als Arsenvergiftung gedeutet worden ist, nicht dem Salvarsan, sondern nur einer

mangelhaften Technik zuzuschreiben ist. Keinesfalls erreicht die Toxität des Salvarsans die des Quecksilbers.

Dem von verschiedener Seite gemachten Vorwurfe gegenüber, daß das Prinzip der Therapia magna sterilisans auf den Menschen nicht übertragen werden könne, sondern daß es nur eine Theorie darstelle, hebt Verfasser hervor, daß in ungezählten Tierversuchen eine Heilung schwer erkrankter Tiere ohne weiteres gelungen sei, und daß es sich also nicht um eine bloße Theorie, sondern um eine sichergestellte, experimentelle Tatsache handle. Zum Beweise dafür führt er an, wie sich 1. beim Rekurrens in Rußland, Spanien, am Kongo das Salvarsan als ein geradezu wunderbares Sterilisationsmittel erwiesen hat. Ebenso glänzend sind 2. die Resultate bei der Frambösie. Auch bei dem Wechselfieber der Malaria tertiana wurde 3. eine ausgezeichnete Heilwirkung durch Salvarsan erzielt. Ferner scheint 4. nach neueren Beobachtungen Bilharzia durch eine einmalige Injektion der Sterilisation zugeführt zu werden. Auch wird nach verschiedenen Beobachtungen 5. bei der Alleppobeule, die durch Leishmania bedingt wird, durch Salvarsan Heilung erzielt.

Von Tierversuchen erwähnt Verfasser die günstigen Heilresultate durch Salvarsan bei Hühner- und Gänsespirillose, bei der Brustseuche der Pferde, bei dem sog. afrikanischen Rotz, der Lymphangitis epizootica und bei dem chronischen Rotz der Kaninchen.

Daß das Salvarsan auch wirklich die Spirochaeten in energischer Weise abtötet, geht aus den klinischen Erscheinungen hervor. Wenn trotzdem die Resultate in der Anfangszeit quoad Verhinderung der Rezidive zu wünschen übrig lassen, so beruht dies ausschließlich auf der ungenügenden einmaligen Injektion einer zu kleinen Dose und weiterhin auf anatomischen Gründen, d. h. auf dem Umstande, daß einzelne Spirochäten in abgekapselten Herden vorhanden sein können, in die das Mittel nicht in genügender Weise und nur langsam eindringt.

Bezüglich der Technik möchte Verfasser nur bemerken, daß im allgemeinen quoad Dauerwirkung die intramuskuläre Injektion, zumal saurer Lösungen (nach Doerr, Duhot, Zeissl) eine nachhaltigere Wirkung ausüben kann, als die intravenöse. Aber die Technik dieser Injektion ist eine ungemein schwierige und bei anormaler Handhabung von unangenehmen Folgeerscheinungen und Schmerzen begleitet. In dieser Beziehung ist die intravenöse Injektion für Arzt und Patienten viel bequemer. Sie ist allerdings wegen der schnelleren Ausscheidung weniger wirksam und muß daher im Prinzip stets wiederholt werden. Man wird wohl die intravenöse Injektion allgemein anwenden und die intramuskuläre oder subkutane Injektion der verschiedenen Emulsionen und Suspensionen namentlich für die Fälle aufsparen, in denen durch bestimmte Kontraindikationen (Herzfehler, Nervenaffektion pp.) ein besonders vorsichtiges Handeln geboten ist.

Es scheint, daß bei geeigneten syphilitischen Formen das Salvarsan, in genügender Dosierung und häufig genug angewandt, in einer Behandlungskur eine vollkommene Sterilisation des Körpers auszulösen imstande ist, und daß hier Erfolge erzielt werden können, wie sie durch Quecksilber allein nicht erreichbar sind. Anderseits scheint es auch, daß man durch eine Kombination des Salvarsans mit Quecksilber ausgezeichnete Resultate erzielt und daß es möglich ist, mit Hilfe dieser Kombination mit kleineren Salvarsanmengen besser auszukommen, als ohne diese. Als Behandlungsschema empfiehlt Verfasser folgendes: Es ist notwendig eine intensive Initialkur durchzuführen, sei es mit Salvarsan allein, sei es in Kombination mit Quecksilber, während 6 bis 8 Monaten muß der Wassermann genau verfolgt werden; bleibt er auch nach dieser Zeit negativ, so ist eine provokatorische Salvarsaninjektion vorzunehmen und diese nach 6 weiteren Monaten nochmals zu wiederholen. Auf diese Weise ist die Möglichkeit gegeben, einerseits im Laufe von 1 bis 2 Jahren die Heilfälle mit Sicherheit festzustellen und anderseits ein mögliches Rezidiv schon in den allerersten Anfängen zu erkennen und durch eine wiederholte Injektion abzufangen. Sollten auf diese Weise die frühsyphilitischen Erkrankungen in der allergrößten Mehrzahl der Fälle der definitiven Heilung zugeführt werden können, so wäre das doch schon ein ganz bedeutender Schritt vorwärts in dem Bestreben, diese furchtbare Seuche ganz auszurotten. Ob und wieweit in den späteren Stadien der Erkrankung eine Dauerheilung möglich ist, darüber sind die Akten noch nicht geschlossen. Jedenfalls scheinen die späteren Formen der

Syphilis, quoad Negativwerden und andauerndem Negativbleiben des Wassermann weit schwerer zu beeinflussen zu sein. Vielleicht wird die Zukunft zeigen, daß bei diesen Spätformen eine Kombinationsbehandlung erfolgen muß, während sie bei der Frühbehandlung auch unterbleiben kann, d. h. daß man hier mit Salvarsan allein auskommt. Schließlich berührt Verfasser noch die Frage, ob es nicht möglich wäre, ein besseres Arsenpräparat zu finden als das Salvarsan. Verfasser glaubt dies verneinen zu müssen; denn seine Heilwirkung ist bei vielen wichtigen Krankheitsgruppen gar nicht zu übertreffen und seine Toxizität an und für sich eine ganz minimale.

Die Fehler, die ihm anzuhaften scheinen, liegen nicht in der Art des Mittels, sondern in der Art der Erkrankung:

1. Existenz von Herden, in die das Heilmittel nur schwer und allmählich eindringen kann.

2. Auftreten lokaler Reaktionen, die dadurch zustande kommen, daß unter dem Einfluß des stark keimtötenden Mittels die Endotoxine lokale Reaktion auslösen, wie wir dies zuerst durch Koch beim Tuberkulin kennen gelernt haben. Diese Reaktionen werden sich im Nervensystem besonders unangenehm bemerkbar machen. Nicht durch ein neues Mittel werden wir diesen Uebelständen begegnen, sondern durch eine den besonderen Verhältnissen angepaßte Methodik.

Dr. Waibel-Kempten.

Beitrag zur Indikation und Wirkung kleinster Salvarsandosen. Von Prof. Dr. L. Waelsch in Prag. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 47.

Verfasser berichtet unter Mitteilung der Krankengeschichte über einen Fall schwerer gummöser Lues, bei dem er trotz bedeutender Kontraindikationen gegen Salvarsanbehandlung, doch wegen seines refraktären Verhaltens gegen Hg gezwungen war, das Arsenobenzol zu verwenden, und zwar in viermaliger jeden 3. bis 4. Tag wiederholter intramuskulärer Injektion von je 0,05 Salvarsan in neutraler Suspension. Dieser Fall zeigt:

1. daß Salvarsan auch in ganz geringen Dosen einen schweren luetischen Krankheitsprozeß überraschend günstig beeinflussen kann;
2. daß so geringe Dosen noch immer lokale Herxheimersche Reaktion an den Krankheitsherden hervorzurufen imstande sind;
3. daß die bis jetzt geltenden Kontraindikationen bei dieser vorsichtigen Dosierung eine bedeutende Einschränkung erfahren können, vorausgesetzt, daß es sich um gegen Hg refraktäre Fälle handelt.

Dr. Waibel-Kempten.

Ein Fall von tödlicher Arsenikvergiftung bei Behandlung von Gehirnsyphilis mit Ehrlich-Hata 606. Von Dr. Jorgensen-Kopenhagen. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 10.

40jähriger Kaufmann, der vor 11 Jahren Lues überstanden hatte. Zweimalige Behandlung mit je 40 Inunktionen. 1907 nervöse Erscheinungen; Besserung nach 25 Inunktionen und 30 g Jodkali. Mai 1908 apoplektiformer Anfall mit Paresen und Sprachstörung. Erscheinungen gingen auf Einreibungen und Jodkali zurück, im Anschluß daran aber Wahnvorstellungen, Halluzinationen usw. Allmähliche Besserung, so daß er Frühjahr 1910 wieder arbeiten konnte. Am 11. Juli 1910 erneuter apoplektiformer Anfall; auf Wunsch der Angehörigen am 25. August intramuskuläre Einspritzung von Salvarsan. Am 28. August Fieber, starke Blässe. Weiter traten Schweißkrisen, starker Tremor, fibrilläre Zuckungen, zunehmende Schwäche auf. Urin war stark eiweiß- und zuckerhaltig. Am 2. September Exitus. Sektion ergab leicht akute, parenchymatöse Veränderungen der Organe, besonders der Nieren. Auf Grund aller Symptome glaubt Verfasser berechtigt zu sein, die Diagnose auf eine akute Arsenikvergiftung zu stellen.

Rpd. jun.

Die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan. Von Stabsarzt Dr. Rissom-Mainz. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 11.

Verfasser hat im ganzen 72 Kranke mit Salvarsan behandelt; seine Erfahrungen damit legt er in folgenden Sätzen nieder:

1. Das Präparat 606 ist ein wirksames Heilmittel zur Bekämpfung syphi-

litischer Symptome, eine kräftige Heilwirkung zeigt sich besonders bei maligner Syphilis und bei jungen Primäraffekten.

2. Seine Anwendung bei Soldaten ist berechtigt. Die Einführung des Mittels erfolgt am besten intravenös. Subkutane Injektion ist unzweckmäßig, da durch die entstehenden Infiltrate die Dienstfähigkeit gefährdet werden kann.

3. Als Dosis für die Infusion wird 0,4—0,5 g empfohlen. An die Infusion ist eine Quecksilberbehandlung anzuschließen. Eine zweite Injektion 2—3 Wochen nach der ersten ist unbedenklich.

3. Ueble Zustände sind bei Anwendung der empfohlenen Dosis von uns nicht beobachtet. Rpd. jun.

Unsere Erfahrungen mit Salvarsan bei der Behandlung der Syphilis. Von Dr. Port-Göttingen. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 12.

Bei der Behandlung von über 60 Kranken hat Verfasser folgende Beobachtungen gemacht:

Die subkutane Injektion der neutralen Emulsion ist aus verschiedenen Gründen zu verwerfen.

Die Technik der intravenösen Injektion ist umständlich und für die allgemeine Praxis nicht geeignet.

Die Injektion selbst ist auch bei völlig korrekter Ausführung wegen der Gefahr der Thrombenbildung und Embolie nicht ganz ungefährlich.

Das neue Ehrlichsche Arsenpräparat stellt einen Fortschritt in der chemischen Therapie der Lues dar. Besonders günstig werden die Fälle von sogenannter Lues maligna beeinflußt, sowie die Fälle, welche sich refraktär gegen Quecksilber und Jod verhalten.

Eine einmalige intravenöse Injektion erscheint zur wirksamen Bekämpfung der Syphilis meist ungenügend.

Die Erfahrungen über die Dauererfolge wiederholter intravenöser Injektionen sind noch nicht genügend geklärt.

Die seit Einführung der Salvarsantherapie häufiger zur Beobachtung kommenden Erscheinungen an den Hirnnerven sind wohl als toxische Schädigungen nicht nur durch Endotoxine, sondern auch durch Salvarsan aufzufassen.

Die geeignetste Therapie der Syphilis erscheint zurzeit die Kombination von Salvarsan mit Quecksilber. Rpd. jun.

Welche Stellung gebührt dem Salvarsan in der Syphilistherapie. Von Dr. Stümpke-Hannover. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 17.

Verfasser faßt seine Erfahrungen wie folgt zusammen:

1. Die Ansicht, die Lues mit einem Schlage durch das Arsenobenzol zu beseitigen, ist gering, selbst bei einer intravenösen Injektion.

2. Trotzdem ist diese, wenn auch geringe Chance, das Ideal einer Therapie sterilisans zu erreichen, auszunutzen und daher bei einer frischen Lues im Beginn der Behandlung eine intravenöse Injektion auszuführen.

3. Es ist dann zweckmäßig, nach etwa 8—10 Tagen eine intramuskuläre Einspritznng folgen zu lassen, um nach Möglichkeit eine länger dauernde Einwirkung auf die Spirochäten auszuüben. Doch ist dabei zu bedenken, daß zuweilen unangenehme, selbst wochenlanges Invalidsein bedingende Reaktionsprozesse auftreten können. Von diesem Gesichtspunkte aus kann an Stelle der intramuskulären Injektion eine zweite intravenöse Injektion stattfinden. Früher als 8 Tage nach der ersten Injektion soll man im allgemeinen nicht die zweite folgen lassen, es können sonst unerwünschte Intoxikationen auftreten, wie der Fall von Forento beweist, der am dritten Tage nach der ersten intravenösen Injektion eine zweite intramuskuläre erhielt und schwere Nephritis, Haematurie bekam.

4. Eine mehr als zweimalige Injektion des Präparates empfiehlt sich vorderhand nicht, weil dadurch die Gefahr einer chronischen Arsenintoxikation näher rückt. Auch ist es denkbar, daß, wenn zwei Injektionen von Arsenobenzol ohne völlig sterilisierende Wirkung gewesen sind, dann infolge allmählich eintretender Arsenfestigkeit der Spirochäten auch weitere Dosen ohne Erfolg bleiben könnten.

5. Demgegenüber ist an der erstklassigen Wirkung mancher Quecksilberpräparate, vor allem des Kalomel, unbedingt festzuhalten. Die Dinge liegen

nicht so, wie von mancher Seite in überschwänglicher Anfangsbegeisterung getan wurde, daß wir endlich ein Heilmittel der Syphilis bekommen haben, sondern wir besitzen vielmehr jetzt außer den früheren antisyphilitischen Medikamenten noch ein neues, allerdings in mancher Hinsicht überlegenes.

6. Es dürfte sich daher für viele Fälle, vor allem für die, bei denen trotz zweimaliger Salvarsaninjektion die Sterilisierung des Organismus nicht gelang, eine kombinierte Behandlung empfehlen.

7. Stets ist zur Kontrolle außer der genauen Berücksichtigung der klinischen Symptome eine wiederholte Wassermannsche Seroreaktion anzustellen.

8. Fälle, in denen vorderhand das Salvarsan als Therapie der Wahl anerkannt werden muß, sind: a) direkt bedrohliche Erscheinungen, wo es auf eine möglichst schnelle Wirkung ankommt, z. B. Kehlkopflues mit Stenoseerscheinungen; b) Lues maligna; c) ganz frische Säuglingslues; d) Quecksilberidiosynkrasie oder -festigkeit.

9. Ob die sogenannte Lues latens zurzeit schon in den Bereich der erfolgreichen Salvarsantherapie gehört, ist fraglich. Das Gleiche gilt für einen Teil der metasyphilitischen Erkrankungen; doch sind Versuche immerhin gerechtfertigt.

Alles in allem können wir uns der Entdeckung Ehrlichs freuen und können in dem Salvarsan ein Medikament begrüßen, daß bezüglich seiner Wirkung auf die syphilitischen Krankheitsprodukte als wirksam bezeichnet werden kann. Wir müssen aber auf der anderen Seite bedenken, daß wir zurzeit noch nicht wissen, wie der Gesammtverlauf der Lues unter der Einwirkung des neuen Mittels sich gestaltet; es ist daher eine gewisse abwartende Stellungnahme am Platze, die uns nicht hindern darf, dort, wo wir die Wirkung des Mittels als gut kennen gelernt, es zu verwenden. Im übrigen wäre es verkehrt, durch einzelne Mißerfolge, vorzeitige Rezidiven sich die Freude an der therapeutischen Leistungsfähigkeit des Mittels vergällen zu lassen. Rpd. jun.

Ueber die Salvarsantherapie bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Von Dr. Langer-Kiel. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 20.

Verfasser hat an luetischen Schwangeren der Kieler Frauenklinik die Wirkung des Salvarsans ausprobiert und zwar seinen Einfluß einerseits auf die Lues der Mutter, anderseits auf die Lues bezw. das Befinden des Fötus. Er faßt seine Erfahrungen wie folgt zusammen:

1. Salvarsan ist auch in der Gravidität ohne Schädigung und mit gutem Erfolge anzuwenden.

2. Die intravenöse Verabreichung hat sich auch uns als die beste erwiesen in bezug auf Wirkung und Folgeerscheinungen.

3. Möglichst früh in der Gravidität hat die Salvarsanverabreichung zu erfolgen. Dann ist

4. die Prognose für die Gesundheit der Kinder sehr günstig.

5. Sollte während der Gravidität keine Behandlung mit Salvarsan stattgefunden haben, so muß sie gleich nach der Entbindung erfolgen.

6. Durch die Behandlung der Mutter wird auch die Lues der Kinder allein durch die Ernährung an der Mutterbrust günstig beeinflußt.

7. Alle Kinder dieser Mütter, gleichgültig, ob sie Zeichen von Lues haben oder nicht, sind an der Mutterbrust zu ernähren.

8. Das Collesche Gesetz hat sich auch uns als falsch erwiesen.

Rpd. jun.

Die Nebenwirkungen des Salvarsans.[1] Von Prof. Dr. Ernst Finger in Wien. Wiener mediz. Wochenschrift; 1911, Nr. 42.

Die vorzügliche symptomatische Wirkung des Salvarsans erkennt Finger vollkommen an. Sehr bedenklich erscheinen ihm aber die Nebenwirkungen bei der Injektion, die als Zeichen einer akuten Arsenintoxikation aufzufassen sind. Auch bei den Todesfällen, die nach Salvarsaninjektionen aufgetreten sind, hat die Autopsie alle Merkmale der Arsenvergiftung ergeben.

Selbst bei der Behandlung von Psoriasis und Lepra mit Salvarsan hat

[1] Nach einem Vortrag auf dem 5. Deutschen Neurologenkongreß in Frankfurt a. M. am 2. Oktober 1911.

man Intoxikationserscheinungen beobachtet. Aehnlich wie das Tuberkulin eine Reaktion tuberkulöser Herde nach der Injektion hervorruft, wird durch das Salvarsan eine Reaktion in syphilitischen und nichtsyphilitischen Krankheitsherden hervorgerufen, so bei Psoriasis vulgaris, Lichen ruber, Lupus vulgaris.

Viel wichtiger sind aber die Neurorezidiven, die Finger bei 44 unter 500 mit Salvarsan behandelten Fällen meistens 4—8 Monate nach der Injektion beobachtet hat. Von anderen Autoren sind viel seltener Neurorezidive festgestellt worden, dies erklärt Finger damit, daß die Autoren ihre Kranken nicht andauernd und lange Zeit im Spital beobachtet haben.

In sieben Fällen sah Finger mehr allgemeine Erscheinungen, Ernährungsstörungen, Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Kopfschmerz, Schwindel und besonders auffallend große Vergeßlichkeit. In achtzehn Fällen traten Acusticusaffektionen auf, von denen fünf mit dauernd schweren Gehörsstörungen einhergingen.

Monoplegien wurden drei im Bereich des Facialis, zwei im Abducens, eine am Occulomotorius beobachtet, die in Heilung übergingen.

Bei drei Kranken machten sich epileptiforme Anfälle bemerkbar, die bei zweien vorübergingen, während im dritten Falle sich die Erscheinungen einer Polyneuritis cerebralis anschlossen.

Zweimal entwickelte sich das Bild der spastischen Spinalparalyse.

In fünf Fällen von Neuritis optica blieben schwere Störungen zurück, zwei starben an nachfolgender Apoplexie.

Der Zusammenhang dieser schweren Erscheinungen mit der Salvarsanbehandlung steht für Finger außer allem Zweifel, da sie bei der Quecksilberbehandlung nur zuweilen vorkommen, hier bei der Salvarsanbehandlung sich aber geradezu häuften. Die Statistiken, die über die Neurorezidive nach Quecksilberbehandlung aufgestellt sind, berücksichtigen nicht die übergroße Zahl der Syphilitiker, auf die sich die Zahl der Neurorezidive bezieht. Verfasser sah im letzten Jahr unter ca. zweitausend mit Quecksilber und Jod behandelten Syphilitikern nur fünf Neurorezidive.

Finger kann sich nicht der Ehrlichschen Anschauung anschließen, daß es sich bei diesen Neurorezidiven um ein Aufflackern von isolierten Spirochäten an ungünstigen Oertlichkeiten (Knochenkanälen) bei vollständiger Sterilisierung des übrigen Organismus handelt. Er führt diese Neurorezidive nur auf das Salvarsan zurück. Nachdem Hans Horst Meyer und Gottlieb sämtliche Erscheinungen der chronischen Arsenintoxikation durch eine primäre Vergiftung der Kapillaren erklärt haben, dürfte, wie Finger annimmt, diese Vergiftung jene Loci minoris resistentiae setzen, die dann zum Angriffspunkt des Syphilisvirus werden.

Da gerade im Sekundärstadium Neurorezidiven beobachtet sind, hält Finger das Sekundärstadium der Syphilis, besonders das frühe, für ungeeignet zur Salvarsanbehandlung. Dr. Kurpjuweit-Swinemünde.

Noch einmal die Frage der Neurorezidive. Von Prof. Ernst Finger-Wien. Wiener medizinische Wochenschrift; 1912, Nr. 1.

Zur Frage der Neurorezidive. Von Dr. J. Bernario-Frankfurt a. M. Wiener mediz. Wochenschrift; 1912, Nr. 9.

Ueber Neurorezidive.[1]) Von Prof. Dr. S. Ehrmann-Wien. Wiener mediz. Wochenschrift; 1912, Nr. 9.

Finger wendet sich in diesem Aufsatz gegen eine Abhandlung von Dr. J. Bernario „Ueber Neurorezidive nach Salvarsan- und nach Quecksilberbehandlung“, welche mit einem Vorwort von Ehrlich 1911 erschienen ist. Seine Ausführungen decken sich mit dem vorstehenden Referat und bekräftigen nur noch die Ansicht des Verfassers, daß das gehäufte und frühzeitige Auftreten von Lues cerebri bei mit Salvarsan behandelten Patienten, das weitaus größer ist, als die Zahl der zur Publikation gelangten Fälle, ein Novum in der Pathologie der Syphilis darstellt, das unbedingt mit dem Salvarsan zusammenhängt.

Bernario führt eine große Zahl von Beobachtern auch in Wien an, die erheblich weniger Neurorezidive beobachtet haben. Er erwähnt besonders

[1]) Nach einem auf dem Neurologenkongreß in Frankfurt a. M. gehaltenen Vortrag.

Neißer-Breslau, der unter 2000 mit Salvarsan behandelten Patienten nur 6 Neurorezidive beobachtete.

Aus der weiteren Polemik und einer Entgegnung von Finger in demselben Heft ist zu erwähnen, daß neuerdings auch verschiedene andere Autoren, darunter Neißer, Rosenthal, Hoffmann auf die Häufung der Neurorezidive nach Salvarsan hingewiesen haben.

Ehrmann beobachtete nach Salvarsanbehandlung fünf Acusticusaffektionen, die wenige Stunden, Tage oder Monate nach der Injektion auftraten. Dreimal war N. vestibularis, zweimal der N. cochlearis betroffen. Einmal wurde das Auftreten einer Papillitis vier Monate nach zwei intravenösen Injektionen beobachtet. In neun Fällen trat ein Herpes labialis bezw. Herpes zoster im Bereich eines Nervus radialis auf. Alle Neurorezidive gingen in Heilung über. Eine genauere Statistik fehlt. Dr. Kurpjuweit-Swinemünde.

Die kausale Behandlung der akuten und chronischen Gonorrhoe des Mannes. Von Oberstabsarzt Prof. Dr. Menzer in Halle a. S. Münch. mediz. Wochenschrift; 1911, Nr. 46.

Jeder unbefangene Arzt muß zugeben, daß leider noch eine größere Anzahl von Gonorrhoen trotz aller möglichen spezialistischen Bemühungen nicht unter Verschwinden aller Folgezustände geheilt wird. Wie oft bleiben Krankheitsreste, bestehend in Ausscheidung von Fäden und Flocken bezw. in geringer Absonderung zurück und wie schwer ist die Frage, ob ein solcher Patient noch ansteckungsfähig ist und von seiten des Arztes den Heiratskonsens erhalten kann, zu entscheiden!

Das Ideal der Behandlung muß die völlige Wiederherstellung einer normalen Harnröhrenschleimhaut und die Beseitigung aller Symptome, wie Ausfluß, Ausscheidung von Fäden usw. sein. Den Weg zu einem solchen Ziel scheint Verfasser in der Vakzinationstherapie der akuten und chronischen Gonorrhoe gefunden zu haben. Zu diesem Zwecke hat sich Verfasser einer von ihm selbst bereiteten pyovalenten Gonokokkenvakzine, hergestellt aus Originalkulturen frischer Gonorrhöen, bedient[1]). Die Gonokkenvakzine wird à 5 Millionen G. V. in Abständen von 4—5 Tagen 8—10 mal eingespritzt; sie dient, da sie eine typische und spezifische Herd-Reaktion hervorruft, nicht nur als hervorragendes Mittel für die Diagnose, ob ein Patient noch Träger von Gonokokken ist, sondern sie ist auch imstande, eine gründlichere Abheilung der akuten und chronischen Gonorrhoe herbeizuführen als alle bisher üblichen Methoden. Die Behandlung dauert durchschnittlich ca. 6 Wochen; Verfasser teilt mehrere Krankengeschichten im Original mit. Dr. Waibel-Kempten.

Klinische Erfahrungen mit dem Gonokokken-Vakzin Arthigon (Bruck). Von Dr. J. H. Schultz. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1911, Nr. 50.

Aus der Neißerschen Klinik berichtet Verfasser über die Erfahrungen, die bei der Behandlung der verschiedenen gonorrhöischen Erkrankungsformen mit der von Bruck angegebenen spezifischen aktiven Immunisierung erzielt wurden. Benutzt wurde ein nach den Angaben Brucks von der Chemischen Fabrik Schering in Charlottenburg hergestelltes Gonokokkenvakzin mit dem Handelsnamen Arthigon. Die Ergebnisse dieser Behandlungsform sind besonders in den Fällen von Epididymitis, Prostatitis und gonorrhöischer Gelenkerkrankung sehr ermutigend; auch die Behandlung frischer Harnröhrengonorrhoe mit der spezischen Methode in Verbindung mit der bisher geübten lokalen Therapie erscheint aussichtsreich.

Aus derselben Klinik berichtet Dr. Stephanie Rygier an gleicher Stelle über die Erfolge bei der Behandlung der gonorrhöischen Vulvavaginitis der kleinen Mädchen mit Arthigon. Die spezifische Therapie scheint bei dieser langwierigen Erkrankung mit bedeutend größerer Schnelligkeit und Sicherheit als jede andere Behandlungsart zum Ziele zu führen.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

---

[1]) Das Präparat erscheint im Handel als Originalkokkenvakzine und ist von der Adlerapotheke in Halle a. S. zu beziehen.

Erhebungen über Tripperverbreitung und Tripperfolgen in Arbeiterkreisen. Von Dr. Otto Burkard. Zeitschrift f. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten; 1911, Bd. 12, H 7.

Von 1000 Mitgliedern einer Arbeiterkrankenkasse in Graz gaben 451 (45%) zu, Tripper überstanden zu haben. Die Mehrzahl der Erkrankungen fiel in die Zeit vor dem 25. Lebensjahre.

Wenn sich auch schwere gonorrhoische Erkrankungen der Ehefrauen bei den verheirateten Tripperkranken selten fanden, so waren doch leichte Gesundheitsstörungen der Ehefrauen häufiger (etwa in 18% der Tripperehen). Die Fruchtbarkeit der Tripperehen war jedoch um 33% geringer als in denjenigen Ehen, wo der Mann keine Tripperinfektion durchgemacht hatte. Dr. Dohrn-Hannover.

---

2. Jugendfürsorge.

Staat und Berufswahl. Von Assessor G. Simon-Ravensburg. Jugendfürsorge; 1912, Nr. 2.

Es ergibt sich aus allem, daß der Staat nicht nur das größte Interesse, sondern auch die Pflicht hat, soweit von seiner Seite möglich und zweckmäßig ist, dazu beizutragen, daß der einzelne bei der Wahl des Lebensberufes die richtige Entscheidung treffe. Will ein Schüler bei dieser Wahl einen offensichtlichen Mißgriff tun, so wird sich der Lehrer dem nicht entziehen können, warnend einzugreifen und auf den geeigneten Beruf tunlichst hinzuweisen. Freilich ist hier eine entsprechende Vorsicht geboten. Zu solcher Mitwirkung wird der Staat aber auch mit Erfolg die Einrichtung des Schularztes vertreten. Noch andere Organe vermag sich der Staat bei der Einwirkung auf die Berufswahl zu bedienen, wenn auch in erheblich eingeschränkterem Maße, als dies durch die Schule geschehen kann. Zweifellos läßt und soll sich die Aufsicht des Vormundschaftsrichters in geeigneten Fällen ausdehnen auf die wichtige Sorge für die Zukunft des Mündels gerade durch die Wahl eines Lebensberufes. Auch die Vorstände von Waisenhäusern können der Allgemeinheit durch eine Betätigung in dieser Richtung große Dienste leisten. Endlich wird auch der Jurist an dieser Frage nicht gleichgültig vorübergehen dürfen, sei es als Vorstand von Strafanstalten oder Besserungshäusern, sei es als Jugendrichter. Gewiß werden unter diesen Voraussetzungen auch die Vorstände staatlicher Irrenanstalten es immer mehr als ihre Pflicht betrachten, bei denjenigen als geheilt zu entlassenden Personen, die gerade auch zufolge verfehlter Berufswahl erkrankten, sich in diesem Sinne tunlichst zu betätigen. Zu fordern ist endlich, daß der Staat über die bestehenden beruflichen Verhältnisse noch erheblich eingehendere statistische Erhebungen veranstaltet und deren Ergebnisse auch praktisch verwertet. Die Berufswahl wird für den Mann in mancher Beziehung immer schwieriger, sie ist für die Frauen, von denen in Deutschland über 9¼ Millionen außerhäuslich erwerben, eine brennende Frage geworden.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

3. Fürsorgeerziehung.

Fürsorge für entlassene Schwachsinnige. Von Direktor Schwenk-Idstein. Zeitschrift für Schwachsinnige; 1911, Nr. 12.

1. Wenn auch die Anstalten für Schwachsinnige ihr Hauptaugenmerk darauf richten werden, daß ihre ausgetretenen Zöglinge ein möglichst selbstständiges Fortkommen finden, so sind es doch nur wenige, die sich aus eigener Kraft weiterbringen und ihren Unterhalt finden können. 2. Die meisten bedürfen vielmehr einer Fürsorge in geistiger, religiössittlicher und wirtschaftlicher Hinsicht. 3. Zu diesem Behufe sind in allen den Fällen, in welchen die gesetzlichen Vertreter fehlen, oder wenn diese nicht voll und ganz ihrer Pflicht nachkommen, analog dem Fürsorgeerziehungsgesetz „Fürsorger" zu bestellen. Diese haben den erwerbsfähigen Schwachsinnigen geeignete Plätze zu suchen und ihnen mit Rat und Tat an die Hand zu gehen. 4. Zur Bestellung dieser Fürsorger und zur Regelung ihrer Tätigkeit ist die Gründung eines aus Freunden der Geistesschwachen bestehenden und einen größeren Bezirk umfassenden Vereins anzustreben. 5. Obwohl die gesetzliche Pflicht der Fürsorge für entlassene Schwachsinnige in erster Linie den Eltern bezw. den gesetzlichen Vertretern obliegt, wird ein wesentlicher Anteil der Fürsorge bei

den Entlassenen den Anstalten anheimfallen. Deshalb müssen diese mit ihren ehemaligen Zöglingen in Verbindung bleiben. 7. Die wichtigste Verbindung für das spätere Fortkommen der Zöglinge ist eine möglichst gute Erziehung und Ausbildung derselben. Diese ist aber nur dann möglich, wenn die Zöglinge zeitig der Anstalt übergeben werden. Es ist daher notwendig, daß für alle bildungsfähigen Schwachsinnigen der Schulzwang eingeführt wird, wie dies jetzt auch für Taubstumme und Blinde geschehen ist.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Fürsorge für schulentlassene geistig Minderwertige. Von Dr. Rühs-Barmen. Konkordia; 1911, Nr. 23/24.

Der Verfasser zeigt ein wie großes Gebiet umfassender Tätigkeit sich in der Fürsorge für schulentlassene geistig Minderwertige eröffnet. Alle Bemühungen, die geistig Schwachen durch einen gesonderten Schulunterricht zu sozial brauchbaren Menschen heranzuziehen, werden vergeblich sein, so lange wir nicht auch nach der Schulentlassung für ihr weiteres Fortkommen Sorge tragen. Durch rechtzeitig eingeleitete und sachgemäß durchgeführte Maßnahmen wird es aber gelingen, einen großen Teil der geistig Minderwertigen für unser soziales Erwerbsleben zu retten und dem Staate auf diese Weise eine Menge brauchbarer Kräfte zu erhalten; denn auch in den Schwachsinnigen steckt eine Summe guter Kraft, die freilich einer besonderen Anregung und tatkräftigen Förderung bedarf. Das ganze Fürsorgeproblem, das hier zur Erörterung gelangt ist, gipfelt in den beiden wichtigen sozialhygienischen Gesichtspunkten, die geistig zurückgebliebene Jugend zu schützen und durch Arbeitserziehung vor dem drohenden Verfall zu bewahren, aber anderseits auch die Gefahren, die der Gesellschaft von seiten dieser geistig Minderwertigen und oft antisozial wirkenden Individuen drohen, nach Möglichkeit einzuschränken und zu beseitigen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Bericht an das Landes-Direktorat der Provinz Schleswig-Holstein über die psychiatrische Untersuchung der schulentlassenen Fürsorgezöglinge im Burschenheim zu Rickling, im Frauenheim zu Innien und im Asyl Neuendeich. Von Dr. Hinrichs in Schleswig. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie; 69. Bd., I. H.

Von den männlichen Zöglingen konnten nur 38—45 % als einwandfrei normal bezeichnet werden. Ausgesprochene Psychopathen waren 5—6 %, als debil mußten im ganzen 27—32 % betrachtet werden, als imbezill 12—14 %. Bei den weiblichen Zöglingen waren einwandfrei normal 24—40 %, ausgesprochen psychopathisch 3—5 %, debil im Ganzen 21—35 %, imbezill 12—20 %. Auf Grund dieser Resultate glaubt Hinrichs zu folgenden kurzen Schlüssen berechtigt zu sein:

1. Es ist sehr erwünscht, daß die psychiatrische Untersuchung auf die übrigen Fürsorgezöglinge und zwar zunächst auf die in Anstalten für Erwachsene untergebrachten ausgedehnt werde.

2. Es ist dringend erforderlich, daß die Untersuchung in gewissen Zeitabständen wiederholt werde. Sie kann sich dann aber beschränken auf die früher als pathologisch erkannten Zöglinge und solche, bei denen inzwischen auffallende Veränderungen eingetreten sind. Vor allem wäre sie erwünscht vor Verlegung von Psychopathen in das feste Haus für schwer erziehbare Zöglinge.

3. Die Errichtung einer geeigneten Zwischenanstalt für pathologische Zöglinge ist auch für die Provinz Schleswig-Holstein auf die Dauer nicht zu umgehen. Dr. Többen-Münster.

Fürsorgeerziehung und Militärdienst. Von Oberarzt Dr. Schuppius und Stabsarzt Dr. Stier. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1911, Nr. 22.

Schuppius stellte durch Nachfragen fest, daß ein verhältnismäßig großer Teil der ehemaligen Fürsorgezöglinge — etwa 1/4 bis 1/3 — während der aktiven Dienstzeit unbestraft geblieben sind, daß mehrere sogar tüchtige Soldaten geworden sind. Es wäre daher, wie auch Stier ausführlich darlegt, falsch, frühere Fürsorgezöglinge grundsätzlich vom Heeresdienste auszuschließen Anderseits sind geistige und körperliche Mängel bei früheren Fürsorgezöglingen verhältnismäßig häufiger als bei den übrigen Mannschaften, so daß eine beson-

dere Beachtung dieser Leute angebracht ist. Beide Verfasser halten es für eine zu weitgehende Maßregel, bei jedem Manne die Tatsache der vorausgegangenen Fürsorgeerziehung in der Stammrolle zu erwähnen. Stier schlägt vor, nur von denjenigen Leuten, die sich im 20. Lebensjahre noch in Fürsorgeerziehung befinden, die namhaft zu machen, die sich in den letzten drei Jahren nicht tadelfrei geführt haben und die sich als schwachsinnig und psychisch abnorm gezeigt haben. Für letztere Gruppe verlangt er tunlichst die Beibringung eines psychiatrischen oder kreisärztlichen Zeugnisses. Schuppius will sich da, wo noch keine regelmäßigen psychiatrischen Untersuchungen der Fürsorgezöglinge vorgenommen werden, mit den Zeugnissen der Anstaltsleiter begnügen. Die endgültige Entscheidung muß in allen Fällen der Militärbehörde vorbehalten bleiben. Dr. Bernstein-Allenstein.

4 Soziale Hygiene.

Teuerungszulage und Rassenhygiene. Von Dr. Crzellitzer. Vortrag gehalten am 18. Januar 1912 in der Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und prakt. Medizin; 1912, Nr. 3.

In allen Kulturstaaten beklagt man die unaufhaltsam sinkende Geburtenzahl. Wer will auch noch die unaufhörlich wachsenden Kosten für Erziehung und Ernährung einer großen Kinderschar auf sich nehmen! Erst in allerjüngster Zeit dämmert in Regierungen und Parlamenten die Erkenntnis, welche ungeheuren nationalen Interessen hier auf dem Spiele stehen. Es ist aber bisher wenig geschehen; denn das Kinderprivileg bei der Steuer ist eine lächerliche Bagatelle. Was nützt die Herabsetzung um ein bis zwei Steuerstufen im Vergleich zu dem Kostenaufwande auch nur für ein Kind in einem Jahre! Jetzt will man Teuerungszulagen geben, die aber so klein sind, daß dieser Zuschuß jede Bedeutung verliert. Allerdings haben wenige Kommunen die Familienväter durch prozentuale Zuschläge begünstigt, so z. B. Offenbach, aber dieses ist nach Ansicht des Verfassers nicht genug; es müßten vielmehr hierbei die Unverheirateten sowie die Kinderlosen ganz leer ausgehen und die Zulage als reine Kinderzulage gezahlt werden, damit nicht blanke Goldstücke durch Verteilung an 1000 Empfänger in karge Kupferpfennige umgewandelt würden. Nur für jedes Kind unter 16 Jahren sei eine Teuerungszulage zu gewähren; denn Teuerungszulage sei kein Lohn für geleistete Arbeit, kein Entgelt für erwiesene Dienste, sondern ein freiwilliges Geschenk.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Besprechungen.

Dr. phil. et med. Hermann Fühner-Freiburg i. B.: Nachweis und Bestimmung von Giften auf biologischem Wege. Eine Anleitung für Pharmakologen, Gerichtsärzte, Gerichtschemiker und Apotheker. Mit 89 z. T. farbigen Textabbildungen. Berlin-Wien 1912. Verlag von Urban und Schwarzenberg. Kl. 8°, 176 S. Preis: broch. 7,50 M.

Das Buch, hervorgegangen aus Experimentalvorlesungen vor Chemikern und Pharmazeuten, soll die Lücke des biologischen Giftnachweises in den größeren Werken über die Nachweismethoden der Gifte ausfüllen; der Verfasser betont jedoch, wie verhältnismäßig gering noch heute die Anzahl brauchbarer biologischer Methoden zum Giftnachweis ist und wie vieles noch nach dieser Richtung hin wünschenswert bleibt. Trotzdem bietet das Buch eine Fülle des Interessanten. Eine ganze Reihe von lebenden pflanzlichen oder tierischen Organismen stehen dem biologischen Giftnachweis als Hilfsmittel, als „lebende Reagentien" zur Verfügung: Bakterien, Algen, Hefen, Schimmelpilze, Zellen höherer Pflanzen, Blutkörperchen, Protozoen, Würmer und Blutegel, Insekten, Fische, der Frosch und seine Organe, Maus, Kaninchen, Katze und schließlich der Mensch selbst.

Nach diesen biologischen Objekten ist auch der Stoff gegliedert, der Nachweis der einzelnen Gifte besprochen und durch zahlreiche gute Abbildungen von Apparaten, Versuchsanordnungen und Kurven erläutert. Neben den qualitativen Methoden finden auch die bis jetzt bekannten quantitativen Methoden der Giftbestimmung und der Wertbestimmung von Arzneimitteln entsprechende Berücksichtigung.

Hervorgehoben zu werden verdient die z. T. außerordentlich hohe Empfindlichkeit der biologischen Methoden, die wir auch auf anderen Gebieten erfahren haben. Im übrigen soll durch sie der chemische Giftnachweis nicht ersetzt oder überflüssig gemacht werden; sie werden aber die Sicherheit des chemischen Befundes bedeutend erhöhen. Außerdem geben viele biologische Proben auch mit den meist völlig rein dargestellten Giften einwandfreie Resultate, während die chemischen Reaktionen mit unreinem Material vielfach versagen. Eine sorgfältige Disposition und ein allgemeines Sachregister erleichtern das Studium des Buches, aus dem auch der Gerichtsarzt Belehrung schöpfen kann. Die Ausstattung entspricht dem bekannten Verlage.

Dr. O. Leers-Gleiwitz.

Dr. J. Benario: Ueber Neurorezidiven nach Salvarsan- und nach Quecksilberbehandlung. Ein Beitrag zu der Lehre von der Frühsyphilis des Gehirns. Mit einem Vorwort von Wirkl. Geheimen Rat Dr. P. Ehrlich. Mit einer Tafel und 5 Figuren im Text. München 1911. Verlag von J. F. Lehmann. Gr. 8°, 195 S. Preis: geh. 6 M., geb. 7 M.

Verfasser hat die bei der Salvarsanbehandlung der Syphilis beobachteten Nervenaffektionen, welche von Ehrlich als Neurorezidive bezeichnet wurden, einer eingehenden Prüfung unterzogen und hierzu sowohl die in dem Ehrlichschen Laboratorium eingelaufenen und zum Teil durch eigene nach einem bestimmten Schema ergänzten Fragebogen, als auch die periodische Literatur benutzt.

So wird in dem 1. Kapitel über die Neurorezidive nach Salvarsan tabellarisch, in einem weiteren Kapitel über die Neurorezidive nach Quecksilberbehandlung in der Form von kürzeren oder längeren Krankheitsgeschichten berichtet.

Verfasser verbreitet sich dann in einem weiteren Abschnitt über die durch Statistik ermittelten Zahlen bezüglich des Geschlechtes, Alters und Berufes der in dem 1. Kapitel aufgezeichneten Fälle, hebt noch besonders hervor die Zahl der extragenitalen Primäraffekte und das Stadium der Syphilis, sowie die Beobachtungen über Auftreten und Charakter von Exanthem, dann die Beteiligung der einzelnen Hirnnerven und die Zeit der Erkrankung derselben. In einem weiteren Abschnitt bespricht Verfasser den pathologisch-anatomischen Prozeß, welcher den klinischen Erscheinungen zugrunde liegt, geht dann noch näher auf die Symptomatologie der Hirnsyphilis, sowie auf den Wert und die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion und der Lumbalpunktion ein und äußert sich zuletzt noch über Verlauf, Prognose und Therapie der in den Tabellen niedergelegten Beobachtungen.

Schließlich führt Verfasser in seinen Schlußbemerkungen noch die Gründe an, welche dafür sprechen, daß die toxische Natur des Neurorezidivs mehr in dem syphilitischen Prozeß, als in dem Medikament gelegen ist.

Das vorliegende Werk stellt eine ebenso mühevolle und fleißige als wissenschaftlich interessante und wertvolle Arbeit dar; es ist, um mit den im Vorwort ausgesprochenen Worten P. Ehrlichs zu reden, dem Verfasser gelungen, „ein Werk zu schaffen, welches nicht nur einen ephemeren Wert in bezug auf die Salvarsantherapie der Syphilis beanspruchen darf, sondern von großer Bedeutung für die Beurteilung des Wesens und des Verlaufes der Syphilis, im besonderen der Hirnsyphilis bleiben wird. Dr. Waibel-Kempten.

Dr. Wilh. Hanauer, prakt. Arzt in Frankfurt a. M.: **Die soziale Hygiene des Jugendalters.** Kurz gefaßtes Handbuch für Aerzte, Verwaltungsbeamte, Sozialpolitiker. Berlin 1911. Verlag von Richard Schoetz. Preis: brosch.: 6 M., geb.: 7 M.

Es ist eine bedauerliche Tatsache, daß manche Einrichtung auf dem Gebiete der sozialen Hygiene, trotz allen guten Willens der Beteiligten, mißlingt, weil es von vornherein an dem nötigen Handinhandgehen der zuständigen Instanzen und dem sicheren Fundament einer wissenschaftlichen Grundlage fehlt. Um so freudiger ist es zu begrüßen, wenn gerade in der jetzigen Zeit, in welcher die Fürsorge für unsere heranwachsende Jugend immer weitgehendere Einrichtungen erfordert, ein Buch erscheint, welches alles bisher wissenschaftlich gut Erforschte und Erprobte zusammenfaßt und damit ein sicheres Fundament fur neue Schöpfungen bietet. Mag man nun das Gebäude je nach den Umständen ausbauen wie man will, es wird nicht ins Wanken geraten, wenn

man es auf dem Fundament aufbaut, für welches das Hanauersche Buch die Bausteine liefert.

Das Buch zerfällt in vier Abschnitte:

I. Die soziale Hygiene des Säuglingsalters.
II. Die soziale Hygiene des vorschulpflichtigen Kindesalters.
III. Die soziale Hygiene des schulpflichtigen Kindesalters.
IV. Die sozialhygienische Fürsorge für die schulentlassene Jugend.

Die einzelnen Abschnitte sind wieder in zahlreiche Unterabteilungen gegliedert, so daß man schon aus dem Inhaltsverzeichnis eine sehr gute Uebersicht gewinnt. Außerdem ist am Schluß noch ein alphabetisches Sachregister angefügt. Die Literatur ist im Text ziemlich ausgiebig angegeben.

Dr. Dohrn-Hannover.

Tagesnachrichten.

Der **Gesamtbericht über das Gesundheitswesen des Preußischen Staates im Jahre 1910,** bearbeitet in der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern, ist soeben in dem Verlage von Rich. Schoetz, Berlin SW 48, Wilhelmslr. 10 erschienen und kann von diesem von den Medizinalbeamten und sonstigen Behörden zu dem ermäßigten Preise von 8,20 Mark einschließlich Porto und Verpackung bezogen werden.

Im Sprechsaal der Zeitschrift ist vom Herausgeber die Anfrage, ob die Medizinalbeamten berechtigt sind, **Gebühren für die Untersuchung taubstummer und blinder Kinder** zu beanspruchen, wiederholt bejaht, während sie, wie ihm bekannt war, von anderer Seite verneint ist. Jetzt ist diese strittige Frage durch einen Bescheid des Herrn Ministers, der in der Beilage der nächsten Nummer der Zeitschrift abgedruckt werden wird, in verneinendem Sinne entschieden. Danach ist diese Untersuchung nebst Ausfüllung des Fragebogens als ein unentgeltlich zu verrichtendes amtsärztliches Geschäft anzusehen; demzufolge fallen auch etwa notwendige Reisen unter das Reisepauschale.

Aus Bayern. Die fortgesetzten Bemühungen der Schulkommission des ärztlichen Vereins in München um **Anstellung von Schulärzten an den bayerischen Mittelschulen** haben insofern einen Erfolg gehabt, als solche zunächst in drei Städten versuchsweise angestellt werden sollen.

Hofrat Prof. Dr. Kraepelin in München ist als Mitglied des Obermedizinalausschusses ausgetreten, weil die Bayerische Regierung sich gegenüber dem Projekt der Errichtung einer **Trinkerheilstätte** in Oberbayern ablehnend verhalten hat. Während die Regierung Oberbayern und die Stadt München zu ausgiebiger Unterstützung dieser dringend nötigen Anstalt bereit waren, hat es das Ministerium des Innern abgelehnt, den erforderlichen Zuschuß von 5—10000 M. in den Etat einzustellen. Münch. med. Wochenschr.; Nr. 21.

Amerikanische Maßnahmen gegen Verbrecher. Im Staate New-York ist ein Gesetzentwurf angenommen, durch den die Einrichtung einer Behörde geschaffen worden ist, die den Titel Prüfungsamt für Schwachsinnige, Verbrecher und andere Minderwertige erhalten soll. Sie wird sich aus einem Chirurgen, einem Nervenarzt und einem praktischen Arzt zusammensetzen und hat die Aufgabe, zunächst die Insassen der Gefängnisse daraufhin zu untersuchen, ob nach der Gesamtheit ihrer Eigenschaften die Gefahr vorliegt, daß sie verbrecherische Neigungen, Geisteskrankheit oder Schwachsinn auf ihre Nachkommen fortpflanzen können. Im Falle der Bejahung sollen sie dann durch Operation daran verhindert werden. Außerdem soll im einzelnen Fall auch darüber entschieden werden, ob der Geisteszustand solcher Männer durch andere chirurgische Eingriffe verbessert werden könnte. Liegen besonders schwere Verbrechen oder zahlreiche Rückfälle vor, so würde die Frage stets im positiven Sinne zu entscheiden sein.

Verschmelzung zweier Zeitschriften. Die „Zeitschrift für das gesamte Deutsche, Oesterreichische und Schweizerische Heb-

ammenwesen", die bisher bei Ferdinand Enke in Stuttgart erschien, ist jetzt mit der im Verlage von Elwin Staude in Berlin erscheinenden Vierteljahrschrift **„Annalen für das gesamte Hebammenwesen des In- und Auslandes"** verschmolzen. Die letztgenannte Zeitschrift erhält daher fortan unter ihrem bisherigen Titel den Zusatz: „Vereinigt mit der Zeitschrift für das gesamte Deutsche, Oesterreichische und Schweizerische Hebammenwesen". Gleichzeitig hiermit werden die „Annalen" auch das amtliche Organ der „Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens", der die meisten deutschen Hebammenlehrer angehören. Der Abonnementspreis der „Annalen" bleibt unverändert bestehen. Als Herausgeber der „Annalen" zeichnen nunmehr: Prof. Dr. Burckhard, Würzburg; Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. E. Dietrich-Berlin; Frau Olga Gebauer-Berlin; Prof. Dr. Koblanck-Berlin; Direktor der Hebammen-Lehranstalt Dr. Rissmann-Osnabrück; Prof. Dr. Walther-Gießen und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Winter-Königsberg i. Pr.

Zur Röntgenpraxis. Auf dem diesjährigen Röntgenkongreß zu Berlin machte Geh. Med.-Rat Prof. Dr. v. Jaksch aus Prag auf ein einfaches und praktisches Mittel aufmerksam, mit dem es gelingt, die beim Gebrauch sich erhitzende Röntgenröhre während des Betriebes gefahrlos abzukühlen und ihren Härtegrad zu erhalten. Er benutzt dazu die elektrische Heiß- und Kalt-Luftdusche „Fön" indem er den kräftigen, gleichmäßigen kalten Luftstrom derselben während des Betriebes auf die Röhre einwirken läßt. Durch dieses überaus einfache Verfahren wird jenem Mangel endgültig abgeholfen und der Röhrenverbrauch wesentlich herabgemindert.

Tagesordnung für die vom 15. bis zum 21. September d. J. in Münster i. W. stattfindende **84. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.**

Sonntag, den 15. September: Begrüßungsabend.

Montag, den 16. September, vormittags: Erste allgemeine Versammlung. Begrüßungsansprachen. Vorträge von Czerny-Heidelberg: Die nichtoperative Behandlung der Geschwülste; Becher-Münster: Leben und Seele; Graf Arco-Berlin: Ueber drahtlose Telegraphie (mit Demonstrationen). — Nachmittags: Abteilungssitzungen. — Abends: Bierabend, dargeboten von der Stadt Münster i. W.

Dienstag, den 17. September: Abteilungssitzungen. Nachmittags: Ausflüge: 1. nach dem Fürstlichen Bade Bentheim auf Einladung Seiner Durchlaucht des Fürsten zu Bentheim und Steinfurt, oder 2. nach Essen zur Besichtigung der Gußstahlfabrik von Friedr. Krupp oder 3. nach Henrichenburg zur Besichtigung des Schiffshebewerks; event. Besichtigung einer Kohlenzeche.

Mittwoch, den 18. September, vormittags: Naturwissenschaftliche Hauptgruppe: Abteilungssitzungen. Medizinische Hauptgruppe: Gesamtsitzung. (Thema noch unbestimmt.) — Nachmittags: Naturwissenschaftliche Hauptgruppe: Gesamtsitzung. Vorträge von v. Wettstein-Wien, Czerny-Straßburg, v. Hannstein-Berlin, Kerp-Berlin: Die Wissenschaft vom Leben in ihrer Bedeutung für die Kultur der Gegenwart. — Medizinische Hauptgruppe: Abteilungssitzungen. — Abends: Festmahl.

Donnerstag, den 19. September, vormittags: Geschäftssitzung der Gesellschaft. Gemeinsame Sitzung beider Hauptgruppen. Vorträge von Correns-Münster, Goldschmidt-München: Vererbung und Bestimmung des Geschlechts; — Straub-Freiburg: Ueber die Bedeutung der Zellmembran für die Wirkung chemischer Substanzen. — Nachmittags: Abteilungssitzungen. Ausflüge: 1. nach Zeche Radbod zur Besichtigung der Fabrikanlagen und der Arbeiterkolonien; oder 2. nach Georgsmarienhütte zur Besichtigung der Fabrikanlagen. Zwangloses Zusammensein im Kasinogarten.

Freitag, den 20. September, vormittags: Zweite allgemeine Versammlung. Vorträge von Nernst-Berlin: Zur neueren Entwicklung der Thermodynamik; Sarasin-Basel: Ueber den gegenwärtigen Stand des Weltnaturschutzes; Küttner-Breslau: Moderne Kriegschirurgie. — Nachmittags: Ausflüge: 1. nach Essen (wie am Dienstag) oder 2. nach Hagen zur Besichtigung der Akkumulatorenfabrik und des Museums.

Samstag, den 21. September: Tagesausflüge: 1. nach Bad Oeyn-

hausen auf Einladung der Königlichen Badeverwaltung. Besichtigung des Bades und seiner Einrichtungen, Festessen, dargeboten von der Königlichen Badeverwaltung, Konzert und Illumination, oder 2. nach Detmold und dem Hermannsdenkmal.

Teilnehmer an der Versammlung kann jeder werden, der sich für Naturwissenschaften oder Medizin interessiert. Für die Teilnehmerkarte sind 20 M. zu entrichten, wovon aber für die Mitglieder der Gesellschaft der Jahresbeitrag in Abzug gebracht wird. Außerdem werden Damenkarten zum Preise von 6 M. ausgegeben. Die Damen der Teilnehmer können gegen Vorzeigung ihrer Karte an den allgemeinen Versammlungen, an allen Festlichkeiten und den Ausflügen teilnehmen. Während der Abteilungssitzungen wird ein Damenausschuß für die Unterhaltung der Damen der Teilnehmer Sorge tragen. Es sind in Aussicht genommen: ein Tee, dargeboten von den Damen des Damenausschusses, Führungen und Besichtigungen in Münster, kunsthistorische und andere Vorträge, Ausflug nach Soest.

Vorträge und Demonstrationen sind bis zum 15. Mai bei einem der mitunterzeichneten Einführenden der betreffenden Abteilung anzumelden. Besonders willkommen sind Vorträge über solche Gegenstände, die sich zur Verhandlung in gemeinsamen Sitzungen mehrerer verwandter Abteilungen eignen.

Gleichzeitig mit der Versammlung soll eine Ausstellung naturwissenschaftlicher und medizinisch-chirurgischer Gegenstände, sowie chemisch-pharmazeutische Präparate und naturwissenschaftlicher Lehrmittel stattfinden. Anmeldungen dazu nimmt Herr Prof. Dr. Kassner, Münster i. W., Nordstraße 30 entgegen.

Einführende und Schriftführer der Abteilungen: Gerichtliche Medizin und soziale Medizin: Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Krummacher, Langenstraße 14, Geh. Med.-Rat Dr. Brümmer, Schützenstraße 12, Med.-Rat Dr. Schlautmann, Ludgeriplatz 2.

Hygiene, Tropenhygiene und Bakteriologie: Stabsarzt Dr. Noetel, Kinderhauserstraße 5, Kreisarzt Dr. Besserer, Brockhoffstraße 12, Stadtarzt Dr. Kreke, Wolbeckerstraße 5.

Am 24., 25. u. 26. Juni d. J. findet in Krakau der **II. Oesterreichische Amtsärztekongreß** statt, zu dem die Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamtenvereins von dem Kongreßkomitee freundlichst eingeladen werden.

Tagesordnung:

Sonntag: den 23. Juni: Beratungen des Zentralausschusses des Amtsärzteverbandes und zwar: vormittags um 9 Uhr und nachmittags um 3 Uhr im Sitzungssaale der Krakauer Aerztegesellschaft (Radziwillowska 4). Abends um 9 Uhr zwanglose Zusammenkunft der Kongreßteilnehmer (mit Damen) im Restaurationslokale des Hotel de Saxe.

Montag: den 24. Juni im großen Saale des alten Theatergebäudes (Jagiellonska 1). 9 Uhr vormittags: Festliche Eröffnung des Kongresses (mit Damen, Festkleid). 1. Begrüßungsansprachen. 2. Professor Dr. Jurasz-Lemberg: „Rhinosklerom". 3. L. S. l. Dr. Franz Kulhavy-Prag, „Die Bedeutung der sozialen Medizin für Amtsärzte". Dr. Philipp Eisenberg-Krakau: „Seuchenbekämpfung und moderne Bakteriologie". — 3 Uhr nachmittags: Besichtigung der Stadt Krakau und ihrer historischen Denkmäler, unter fachmännischer Leitung des Landesverbandes für den Fremdenverkehr. — 9 Uhr abends: Festlicher Empfang der Kongreßteilnehmer seitens der Stadtverwaltung (mit Damen, Festkleid).

Dienstag, den 25. Juni im Saale der Krakauer Aerztegesellschaft (Radziwillowska 4). 9 Uhr vormittags: 5. Dr. Adolf Horst, Sanitätskonsulent im k. k. Arbeitsministerium, Wien: „Die Montanhygiene und der gesetzliche Schutz der Berg- und Hüttenarbeiter in Oesterreich". — 6. Dr. Julian Bory, O. B. A. in Drohobycz: „Bemerkungen über die Diagnose des Flecktyphus". 7. Dr. Thomas Janiszewski, Stadtphysikus in Krakau, L. S. l. Dr. Kalikst Krzyzanowski-Lemberg, L. S. l. Reg.-Rat Dr. Max Winter-Wien: „Erfordernisse des öffentlichen Sanitätsdienstes bei der bevorstehenden Verwaltungsreform der politischen Behörden." — 3 Uhr nachmittags im Hörsaale der Universitäts-Anstalt für pathologische Anatomie: 8. Reg.-Rat L. S. l. Dr. Max Winter-Wien: „Die Tuberkulose als Volkskrankheit" (mit Vorführung von Lichtbildern und kinematographischen (Aufnahmen). — 9. Reg.-Rat Dr. Gustav

Paul-Wien: „Die sanitätspolizeiliche Bedeutung der falschen Kuhpocken für den Milchverkehr" (mit mikroskopischen Demonstrationen). 10. Prof. Dr. Leon Wachholz-Krakau: „Vortrag aus dem Gebiete der gerichtlichen Toxikologie" (mit Demonstrationen).

Mittwoch am 26. Juni im Saale der Krakauer Aerztegesellschaft. 9 Uhr vormittags: 11. O. B. A. Dr. Opienski-Lemberg: „Ueber die Notwendigkeit der sofortigen Organisation des Unterrichts über Hygiene und Somatologie an den Lehrerbildungsanstalten in Oesterreich". 12. O. B. A. Dr. Hans Kaan-Mährisch Ostrau: „Moderne Humanität und Großindustrie", eine Studie aus den Witkowitzer Eisenwerken. 13. Schluß des Kongresses. — Nachmittags: Ausflug mittels Eisenbahn nach den Salzbergwerken in Wieliczka und Empfang der Kongreßteilnehmer (mit Damen) durch das Kongreßkomitee.

Donnerstag, den 27. Juni: Ausflüge: a) in die Hohe Tatra nach Zakopane; Besichtigung des Sanatoriums des Dr. Chramic und desjenigen des Dr. Dluski, eventuell Ausflug nach dem See „Morskie Oko"; b) nach Witkowitz zur Besichtigung der dortigen großen Hütten- und Bergwerke.

Für die Teilnahme an den Ausflügen werden besondere Beiträge entrichtet. Näheres im Auskunftsbureau im Aerztehause (Radziwillowska 4).

Das Kongreßkomitee ersucht dringlichst um die gefl. Angabe, ob eine Wohnung zu reservieren ist, wie viele Zimmer und welche Anzahl von Betten nötig sind. Nur diejenigen Teilnehmer am Kongresse, die bis zum 10. Juni die Hälfte des Wohnungspreises für die ganze Zeit einsenden werden, können auf das Reservieren einer Wohnung Anspruch erheben.

Für die Gäste wird im Aerztehause (Radziwillowska 4) ein Informationsbureau tätig sein, welches am 23. Juni l. J. um 9 Uhr vormittags eröffnet wird und täglich von 9 Uhr vormittags bis 1 Uhr nachmittags alle einschlägigen Auskünfte erteilen wird. Alle Teilnehmer am Kongresse müssen sich in diesem Bureau melden, wo sie die Teilnahmsbeiträge entrichten, die nötigen Abzeichen, die Legitimationen zur Teilnahme an den Sitzungen, den Vergnügungen, Ausflügen, festlichen Empfängen usw. erhalten werden.

Am Bahnhofe werden Komiteemitglieder die ankommenden Gäste empfangen und alles Nötige zu ihrer Unterbringung veranlassen, sowie Auskünfte erteilen. Etwaige Zuschriften empfängt Dr. Gustav Bielanski, Oberbezirksarzt in Krakau, Studencka 15.

Die Mitglieder des Deutschen Medizinalbeamtenvereins, namentlich die in der Nähe von Krakau (Provinzen Schlesien und Posen) wohnenden Kollegen werden von dem Vereinsvorstande um recht zahlreiche Teilnahme gebeten, damit unser Verein auf dem bevorstehenden Kongresse der uns befreundeten Oesterreichischen Amtsärzte wenigstens annähernd so zahlreich vertreten ist, wie diese auf unserer vorjährigen Hauptversammlung in Dresden vertreten waren. Der Vorsitzende Dr. Rapmund.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten sind in der Zeit vom 28. April bis 11. Mai 1912 erkrankt (gestorben an): Rückfallfieber, Pest, Cholera, Gelbfieber, Tollwut, Fleckfieber und Aussatz: — (—); Pocken: 13 (1), 14 (3); Milzbrand: 1 (—), 3 (1); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 7 (—), 3 (—); Unterleibstyphus: 124 (21), 134 (17); Ruhr: 19 (—), 8 (—); Diphtherie: 1455 (112), 1303 (92); Scharlach: 1172 (54), 1256 (41); Kindbettfieber: 71 (24), 94 (24); übertragbare Genickstarre: 5 (3), 5 (6); Fleisch- usw. Vergiftung: 10 (—) 15 (—); spinaler Kinderlähmung: 2 (—), — (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 314, 256; Tuberkulose (gestorben): 902, 916.

An der **Pest** sind in Aegypten während der zwei Wochen vom 4. bis 17. Juni 33 (17) und 69 (34) Personen erkrankt (gestorben), in Britisch Ostindien während der beiden Wochen vom 31. März bis 13. April: 12118 (10562) und 13490 (11305), also eine erhebliche Abnahme gegenüber den Vorwochen (in Nr. 10 heißt es irrtümlich 17.—30. April statt „März".

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 12. Ausgegeben am 20. Juni 19

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,

Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch

J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 12.

und Beilage: Berichte aus Versammlungen: IV.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Sanitätsrat: dem Arzt Dr. Wermuth in Potsdam und dem Direktor der Prov.-Heilanstalt Dr. Horstmann in Stralsund; — das Prädikat als Professor: den Privatdozenten Dr. Bruns u. Dr. Hübner in Marburg sowie Dr. Weber in Göttingen; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Beigeordneten Dr. med. Krautwig in Cöln, dem Prof. Dr. Hethey in Berlin-Wilmersdorf, San.-Rat Dr. Croce in Breslau und Oberstabsarzt a. D. Dr. Brüggemann in Ballenstedt; — der Kronenorden III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Veit in Halle a. S., den Geh. San.-Räten Prof. Dr. Ruge in Berlin und Dr. de Bary in Frankfurt a. M. sowie Geh. Med.-Rat Dr. Schoeler in Berlin-Wilmersdorf.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung: des Ritterkreuzes II. Klasse mit Eichenlaub des Großherzogl. Badischen Ordens vom Zähringer Löwen: dem Stabsarzt Dr. Reitzke in Mühlhausen (Els.); des Komturkreuzes des Großherzoglich Hessischen Verdienstordens Philipps des Großmütigen: dem Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. Bumm in Berlin; des Ritterkreuzes I. Klasse des Herzoglich Anhaltischen Hausordens Albrechts des Bären: dem Oberstabsarzt a. D. Dr. Friedheim in Berlin; des Kommandeurkreuzes des Königl. Griechischen Erlöserordens: dem Prof. Dr. Spieß in Frankfurt a. M.; des Persischen Löwen- und Sonnenordens IV. Kl.: dem Arzt Dr. Silberstein in Charlottenburg; des Kgl. Bayer. Militär-Verdienstordens IV. Kl.: dem Oberstabsarzt Dr. Würth von Würthenau in Cassel; der Großherzoglich Badischen

Friedrich-Luisen-Medaille: dem Stabsarzt Dr. Kirchheimer in Ulm; des Fürstlich Schwarzburgischen Ehrenkreuzes III. Kl.: dem Stabsarzt Dr. Boerner in Erfurt; des Offizierkreuzes des Kaiserl. Oesterreichischen Franz Josephordens: dem Oberstabsarzt Dr. Knoch in Düsseldorf.

Ernannt: Die Geh. Med.-Räte Prof. Dr. Straßmann und Prof. Dr. Bonhoeffer in Berlin zu Mitgliedern der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, die Professoren Dr. Bonhoeffer u. Dr. Krückmann zu ordentl. Professoren an der Kaiser Wilhelmsakademie für das militärärztl. Bildungswesen, Prof. Dr. Alt, Direktor der Prov.-Heil- u. Pflegeanstalt in Uchtspringe, Prof. Dr. Schulz in Halle zu kommiss. Mitgliedern und Prof. Dr. Ricker in Magdeburg zum kommissarischen Medizinalassessor des Provinzial-Medizinalkollegiums der Provinz Sachsen; der außerordentliche Prof. Dr. Alzheimer in München zum ordentlichen Professor und Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik in Breslau; der Kreisassistenzarzt Dr. Freitag in Görlitz zum Kreisarzt in Sprottau, der prakt. Arzt Dr. Liedke in Thorn zum Kreisassistenzarzt in Görlitz, der Stadtassistenzarzt Dr. Schürmann in Düsseldorf zum Kreisassistenzarzt in Prechlau, der Generaldirektor Dr. G. v. Brüning in Höchst zum ordentlichen Ehrenmitgliede des Königlichen Instituts für experimentelle Therapie zu Frankfurt a. M.

Versetzt: Kreisarzt Med.-Rat Dr. Telschow in Schrimm nach Spandau.

In den Ruhestand getreten: Geh. Med.-Rat Dr. Jänicke, Kreisarzt in Spandau.

Gestorben: Anstaltsarzt Dr. Taubert in Lauenburg i. Pommern, Geh. San.-Rat Dr. Fuhlrott in Iserlohn, San.-Rat Dr. Loewenstein in Wilmersdorf.

Königreich Bayern.

Gestorben: Dr. Mayring und Hofrat Dr. Oppenheimer in Würzburg, Hofrat Dr. Krebs in Planegg.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel Professor: Dr. R. Hoff-

mann, leitender Arzt der Abteilung für Krankheiten der oberen Luftwege am Krankenhaus Johannstadt in Dresden.

Ernannt: Der Geh. Rat Prof. Dr. Renk zum Präsidenten des Landesgesundheitsamtes; die bisherigen Ehrenmitglieder des Landesmedizinal-Kollegiums Exz. Geh. Rat Prof. Dr. Fiedler und Geh. Rat Dr. Weber in Dresden zu Ehrenmitgliedern; die Geh. Med.-Räte Dr. Rupprecht, Prof. Dr. Schmorl und Dr. Schmaltz sowie Geh. San.-Rat Dr. Ganser in Dresden, Ob.-Med.-Rat Dr. Ilberg, Direktor der Landesanstalt Sonnenstein, Oberarzt Prof. Dr. Rostoski und Med.-Rat Dr. Kehrer in Dresden zu ordentlichen Mitgliedern, Ob.-Med.-Rat Dr. Oppelt in Dresden zum geschäftsführenden Mitgliede der I. Abteilung des Landesgesundheitsamtes; Geh. Rat Prof. Dr. Ellenberger, Rektor der tierärztlichen Hochschule in Dresden zum Ehrenmitgliede, o. Prof. Ob.-Med.-Rat Dr. Joest und Angermann, Direktor des städtischen Vieh- und Schlachthofes zu Dresden zu ordentlichen Mitgliedern und Bezirkstierarzt Veterinärrat Beier in Dresden zum geschäftsführenden Mitgliede der II. Abteilung des Landesgesundheitsamtes; o. Professor und Apothekenrevisor Ob.-Med.-Rat Dr. Kunz-Krause und Apotheker Med.-Rat Dr. Schweißinger in Dresden sowie Apotheker Schnabel in Kötzschenbroda zu ordentlichen Mitgliedern der III. Abteilung des Landesgesundheitsamtes; Reg.-Rat Zobel im Ministerium des Innern zum ordentlichen juristischen Mitgliede und Prof. Dr. Süß, Chemiker bei der Zentralstelle für öffentliche Gesundheitspflege zu Dresden zum ordentlichen Mitgliede als Nahrungsmittel-Chemiker für sämtliche Abteilungen des Landesgesundheitsamtes; außerdem gehören dem Landesgesundheitsamte laut Verordnung vom 20. Mai 1912 noch an: (I. Abt.) der Medizinalreferent der Ministeriums des Innern, (I. Abt.) der Chef der Medizinalabteilung des Kriegsministeriums, (II. Abt.) der Veterinärreferent des Ministeriums des Innern, (II. Abt.) der Landesstierzuchtdirektor. Vorsitzender der I. Abteilung ist der Präsident des Landesgesundheitsamtes Geh. Rat Prof. Dr. Renk, der II. Abteilung der Veterinärreferent im Ministerium des Innern Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Edelmann und der III. Abteilung der o. Prof. und Apothekenrevisor Dr. Kunz-Krause.

Gestorben: Dr. Claus in Bad Elster und Dr. Kretschmar in Leipzig, San.-Rat Zetzsche aus Zwickau in München, Dr. Hänisch in Rochlitz.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Ritterkreuz I. Klasse des Friedrichsordens: dem prakt. Arzt Dr. Stiegele in Stuttgart; — die Karl-Olga-Medaille in Silber: dem prakt. Arzt Dr. Otto Herzog in Kochendorf.

In den Ruhestand getreten: Oberamtsarzt Hofrat Dr. Höring in Weinsberg.

Grossherzogtum Baden.

Ernannt: a. o. Professor Dr. Bruns in Heidelberg zum ordentl. Professor und Direktor des anatomischen Universitätsinstituts.

In den Ruhestand getreten: Geheimer Rat Prof. Dr. Fürbringer, Direktor des anatomischen Universitätsinstituts in Heidelberg, unter Verleihung des Kommandeurkreuzes II. Klasse des Ordens vom Zähringer Löwen.

Grossherzogtum Hessen.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Langermann in Gießen zum Kreisarzt in Alsfeld unter Verleihung des Charakters als Medizinalrat.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Wengler in Alsfeld in gleicher Eigenschaft nach Groß-Gerau.

Gestorben: Kreisarzt a. D. Dr. Stammler in Gießen.

Erledigte Stellen.

Königreich Preussen.

Die Kreisassistenzarztstelle in **Prostken,** Kreis Lyck.

25. Jahrg. Zeitschrift 1912.
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 12. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. Juni.

Versuche über die Zimmerdesinfektion mit Autan und Perautan.

(Aus der Kaiserlichen bakteriologischen Anstalt für Lothringen in Metz.)

Von Dr. **Hirschbruch**, Leiter der Anstalt, und Dr. **L. Levy**, Kreisassistenzarzt und Assistent der Anstalt.

Die im folgenden zu beschreibenden Desinfektionsversuche sind mit Materialien angestellt, die uns von der chemischen Fabrik vorm. Friedrich Bayer & Cie. in Leverkusen bei Mülheim a. Rh. bereitwilligst zur Verfügung gestellt worden sind. Sämtliche Ergebnisse sind mit denen bei der Desinfektion mit Formalin verglichen worden, und zwar ist zum Vergleich die von dem verstorbenen Straßburger Prof. Dr. Forster angegebene Methode mit den von ihm vorgeschriebenen Mengen der Reagentien benutzt worden. Die Versuche wurden in einem 30 cbm großen Zimmer ausgeführt, das auch bei den Desinfektorenkursen zur Uebung in der Desinfektion mit Formalin dient.

Gegenüber denjenigen Methoden, die auf der Verdampfung des Formalins beruhen, haben alle Arbeitsmethoden, die der Apparate entbehren können, einen praktischen Vorteil, der nicht blos auf dem Lande und in kleinen Städten wegen des Fortfalls des Apparatentransports, sondern auch in großen Städten sich dann wertvoll zeigen muß, wenn gleichzeitig mehr Desinfektionen ausgeführt werden sollen, als Apparate

vorhanden sind. Eine solche apparatlose Methode war zuerst die von Evans und Russel angegebene Desinfektion mit Kaliumpermanganat und Formalin. An sie schloß sich eine Modifikation von Dörr und Raubitschek an und weiterhin das Verfahren von Eichengrün mit Autan.

Für die Herstellung von Autan besitzen die Farbenfabriken vorm. Bayer & Cie. das D. R. P. 177053. Es lautet:

„Mit Hilfe von reaktionsfähigen Superoxyden, namentlich Baryumsuperoxyd, läßt sich ein Gemisch mit Paraform herstellen, welches je nach der Menge der anwesenden Feuchtigkeit geringere oder größere Mengen Formaldehyd abspaltet. Die besten Resultate hat bisher eine Mischung ergeben, die auf $2^1/_2$ Teile Baryumsuperoxyd 1 Teil Paraform enthält. Versetzt man 25 g dieser Mischung mit 15—20 ccm Wasser, so tritt nach einigen Augenblicken eine Gasentwicklung ein, welche unter stärkerer Wärmeentwickelung sich steigert, und nach kurzer Zeit entweichen unter heftigem Aufbrausen Ströme von Formaldehyd und Wasserdampf, die sich vortrefflich zu einer Desinfektion geschlossener Räume eignen. Aus einem Gemisch von 3 Teilen Strontiumsuperoxyd, 1 Teil Paraform und 20 Teilen Wasser kann eine regelmäßige, andauernde Entwicklung von Formaldehyd erhalten werden, wobei nur eine geringe Erwärmung der Flüssigkeit zu beobachten ist. Die Wassermenge kann auch wesentlich erhöht werden.

An Stelle von Paraform können auch die anderen polymerisierten Formaldehyde, wie z. B. Trioxymethylen usw. Anwendung finden.

Das vorliegende Verfahren hat gegenüber der bekannten Entwicklung von Formaldehydgas aus polymerisiertem Formaldehyd mit Hilfe von gebranntem Kalk die neue technische Wirkung, daß es mit jeder beliebigen Wassermenge ausgeführt werden kann und die Entpolymerisierung des Paraforms bei Anwendung von genügend Wasser eine vollständige ist. Dies hat seine Ursache darin, daß es bei dem neuen Verfahren auf die beim Mischen der Superoxyde mit relativ viel Wasser frei werdende, verhältnismäßig geringe Wärmemenge, die bei Anwendung größerer Wassermengen kaum zutage tritt, nicht ankommt, vielmehr eine chemische Umsetzung der Metallsuperoxyde mit dem polymerisierten Formaldehyd stattfindet, wobei sich der Formaldehyd aus der Flüssigkeit entwickelt, und nicht wie bei dem Kalkverfahren lediglich eine Vergasung durch Wärme stattfindet. Das Verfahren zur Entwicklung von Formaldehyd mit Hilfe von Kalk kann dagegen nur dort angewendet werden, wo dem ungelöschten Kalk die gerade zur Löschung notwendige Menge Wasser zugeführt wird. Hierbei wird aber nur ein Teil des Paraforms, und zwar lediglich durch die beim Löschen frei werdende Wärme vergast."

Die Farbenfabriken besitzen noch ein Zusatzpatent D. R. P. 181509, das zur Depolymerisation von Paraform die Persäuresalze (Perborate, Pertitanate) besonders bei Anwesenheit von Alkali für geeignet erklärt.

Das Autan des Handels ist Paraform und Baryumsuperoxyd im Verhältnis 1 : 2 und kommt in geschlossenen Blechbüchsen zum Verkauf je für die verschiedenen Raumgrößen. Die einzelnen Komponenten befinden sich getrennt in Papierbeuteln; außerdem enthält jede Büchse noch einen sogenannten Ammoniakentwickler, der aus dem Gemenge eines Ammoniaksalzes mit Kalk besteht und beim Befeuchten mit Wasser freies Ammoniak entwickelt. Jedem Packet ist eine Gebrauchsanweisung beigegeben. Beim Perautan sollen, wie bei der gewöhnlichen Formalindesinfektion Fenster, Türen und Ritzen abgedichtet werden. In der Anweisung für Autan fehlt diese Anweisung merkwürdigerweise; die Fabrik wird sich wohl entschließen müssen, eine Vorschrift hierfür in Zukunft in ihre

Anweisung aufzunehmen. Im übrigen gestaltet sich die Desinfektion mit beiden Mitteln sehr einfach:

Die Möbel werden von den Wänden gerückt, Schränke geöffnet, Schubladen herausgezogen, Betten, Matratzen, Kleider etc. frei ausgebreitet. Frei im Zimmer wird dann ein Eimer, Kübel oder Faß, am zweckmäßigsten von Holz, aufgestellt. Die Größe dieses Gefäßes soll beim Autan soviel Liter enthalten, als der Raum Kubikmeter faßt; beim Perautan braucht das Gefäß nur ein Drittel dieser Größe zu haben. Beiden Packungen ist gemeinsam, daß die Blechbüchse eine Marke trägt, welche das Maß angibt für die zur Reaktion erforderliche Wassermenge.

Beim Autan schüttet man den Inhalt der beiden Düten in das Entwicklungsgefäß hinein, mischt das Pulver zunächst trocken gut durch und gießt aus der Blechbüchse soviel Wasser von etwa 20 bis 22° C. zu, wie bis zur oberen roten Marke in die Büchse hineingeht. Dann rührt man mit einer Latte kräftig um, bis eine völlig gleichmäßige Durchfeuchtung des Autans erreicht ist. Man hat hinreichend Zeit zu sorgfältigem Umrühren, da die Dampfentwicklung erst nach einer kleinen Weile beginnt. Nach dem sorgfältigen Durchmischen verläßt man das Zimmer, schließt und dichtet die Tür von außen ab.

Beim Perautan hat das Verfahren insofern eine kleine Abweichung, als die erforderliche Wassermenge schon zum Paraform zugesetzt und mit diesem zu einem dünnen Brei verrührt wird. Dann erst wird das Kaliumpermanganat hinzugesetzt und das ganze nochmals gut umgerührt.

Die Einwirkungsdauer der Dämpfe auf die zu desinfizierenden Gegenstände soll 5 bis 7 Stunden betragen; in den von uns angestellten Versuchen haben wir die Dämpfe allemal 7 Stunden lang einwirken lassen. Das Zimmer selbst wurde sorgfältig gedichtet. Nach dieser Zeit folgt die Desodorierung mit Ammoniak: Man benutzt die leere Blechbüchse hierzu als Entwicklungsgefäß, indem man sie bis zur unteren Marke mit Wasser füllt und dann den Ammoniakentwickler hineinschüttet. Es ist nicht nötig, das Gemisch umzurühren. Man schiebt die Büchse in das zu desinfizierende Zimmer und schließt die Türe rasch wieder. Nach einer Stunde kann das Zimmer geöffnet, gelüftet und wieder in Benutzung genommen werden.

Die wesentlichsten Vorteile der Desinfektion mit Autan und Perautan bestehen in dem Fortfall der Apparate und der damit verbundenen Vereinfachung des Verfahrens sowie in dem Wegfall größerer Ausgaben für die Apparate und ihre Instandhaltung; ferner in dem bequemen Transport des Desinfektionsmittels, das sich nebst dem Ammoniakentwickler in einer einzigen obendrein noch als Wassermaß dienenden Blechbüchse befindet; ferner in der Zeitersparnis gegenüber der Desinfektion mit Formalin, bei der die verschiedenen Quanten der Chemikalien und des Spiritus erst abgemessen und in den Apparat gefüllt werden müssen; weiterhin in dem angeblichen Ausschluß von Feuersgefahr, besonders bei der Desinfektion von kleinen Zimmern, Schränken usw. Durch die Unabhängigkeit von Apparaten kann die Desinfektion von beliebig vielen Räumen nahezu gleichzeitig vorgenommen werden. Die Vorteile besonders für Desinfektion auf dem Lande, zu Epidemie- und in Kriegszeiten sind sehr einleuchtend.

Ein gewisser, jedoch vielleicht nicht allzu hoch einzuschätzender Uebelstand ist der Preis der Autan- und Perautanbüchsen. Für beide Arten von Formalinersatzpräparaten ist neuerdings von der Fabrik der Preis gleichgestellt worden. Er beträgt einschließlich Ammoniakentwickler für

20	cbm Raumeffekt	2,05 M.	80	cbm Raumeffekt	6,75 M.
30	„ „	3,50 „	100	„ „	7,90 „
60	„ „	5,05 „			

Bei der Desinfektion von 100 cbm Rauminhalt müßten wir für die benötigten Materialien folgende Preise anlegen, wobei für Formalin, Ammoniak, Brennspiritus die ermäßigten Großpreise zugrunde gelegt sind, die die Desinfektionsgemeinschaft des Kreises Metz-Land bezahlt:

Autan oder Perautan.	7,90 M.
Formalin (Straßburger Verfahren)	1,95 „
Formalin (Breslauer Verfahren) einfache Menge .	1,91 „
„ „ „ doppelte „ .	3,08 „

Zu berücksichtigen ist aber, daß die Preisdifferenz sich erheblich verringert durch den erleichterten Transport der Büchsen, ferner durch den Fortfall der Anschaffungs- und Unterhaltungskosten von Apparaten, weiterhin dadurch, daß der Desinfektor bei mehreren Desinfektionen in demselben Ort nicht auf seinen Apparat zu warten braucht, sondern eine Desinfektion unmittelbar nach der anderen vornehmen kann (Zeit- und Lohnersparnis).

Die Ergebnisse bei den Versuchen anderer Untersucher sind nicht stets gleich gut ausgefallen. Die Mehrzahl von ihnen spricht sich jedoch günstig über die Präparate aus, besonders in denjenigen Arbeiten, die vom preußischen Medizinalminister z. Z. veranlaßt sind. Infolge dieser günstigen Ergebnisse sind drei Ministerial-Erlasse ergangen: Der Erlaß vom 31. März 1908, M. 7804, verfügt, daß in den Desinfektorenschulen auch die Desinfektion mit Autan zu lehren ist. Im Erlaß vom 25. April 1908, M. 6149, wird die Anwendung des Autan-Verfahrens für zulässig erklärt, die Anwendung den geschulten Desinfektoren übertragen und zugleich eine Vorbereitung des Zimmers wie bei der Formalindesinfektion vorgeschrieben. In diesem Erlaß wird auf die besondere Eignung des Autans zur Wohnungsdesinfektion in ländlichen Verhältnissen und bei der Desinfektion kleinerer Gegenstände hingewiesen. Der Erlaß vom 17. Mai 1910, M. 10329II, lautet:

„Von den neueren Formaldehyd-Desinfektionsverfahren wurde in einzelnen Kreisen fast aller Bezirke das Autanverfahren angewendet. Die Erfahrungen hiermit werden trotz höherer Kosten meist als gut bezeichnet; insbesondere bewährte es sich bei der Wohnungsdesinfektion in Gegenden mit schwierigen Transportverhältnissen und bei kleinen feuergefährlichen Räumen."

Nach Proskauer und Schneider geht beim Uebergießen des Autans mit Wasser stets etwas Formaldehyd in die wässerige Lösung über und somit für die Wirkung verloren. Der Verlust ist bei Verwendung warmen Wassers größer als bei kaltem. Diesen Autoren mißlang der Versuch, die entwickelten Formaldehydmengen zu bestimmen wegen des Mangels einer

geeigneten Methode. Wesenberg hat eine Bestimmung des Formaldehydgehalts in der Luft bei der Autandesinfektion 20 Minuten nach Beginn der Reaktion angestellt. In einem Kontrollversuch mit Formalin nach dem Breslauer Verfahren mit 2,5 g pro Kubikmeter wurde 20 Minuten nach Beendigung der Verdampfung das Gas in der Luft bestimmt. W. fand bei der Autandesinfektion nach diesen 20 Minuten 6 mal soviel Formaldehyd in der Luft wie bei der gewöhnlichen Formalindesinfektion. Der raschen Entwicklung des Formaldehydgases bei der Autandesinfektion schreibt er unter Hinweis auf die Angaben von Steinitz und von Reichenbach noch besonderen Wert zu.

Wir haben insgesamt 12 Zimmerdesinfektionen mit Autan bezw. Perautan oder Formalin (nach dem Straßburger Verfahren von Prof. Dr. Forster) ausgeführt. Als Versuchsobjekte wurden sterilisierte Läppchen aus feinem Leinen benutzt, die bei den 7 ersten Versuchen mit folgenden Bakterienarten geimpft waren: 1. Typhus, 2. Paratyphus, 3. Shiga-Ruhr, 4. Flexner-Ruhr, 5. Y-Ruhr, 6. Milzbrand, 7. Diphtherie, 8. Tuberkelbazillen. Bei den Versuchen wurden Läppchen, die mit den genannten Bakterienarten geimpft waren, etwa 2 m hoch frei im Zimmer an einer ausgespannten Schnur aufgehangen. In gleicher Weise wurde eine zweite Serie von Läppchen etwa 30 cm über dem Boden befestigt. Außerdem wurden bei jeder der 7 ersten Versuchsreihen je 1 Läppchen mit Milzbrand und mit Diphtherie in einer Zimmerecke am Boden auf sterilen Petrischalen ausgelegt. Die auf den Boden gelegten Läppchen, wurden in der Mitte so gefaltet, daß sie nur mit zwei Kanten aufstanden. Es darf noch hinzugefügt werden, daß auch die erforderlichen Kontrollversuche angestellt worden sind, nämlich 1. um darzutun, daß sämtliche Bakterienarten, nicht desinfiziert, nach der zum Versuch erforderlichen Zeit noch lebend waren, und 2. um auszuschließen, daß bei den Versuchen die Läppchen sich etwa in dem Maße mit Formalin bezw. Hexamethylentetramin so voll saugen, daß ihre bloße Anwesenheit bei dem nachfolgenden Versuche auf dem Nährboden entwicklungshemmend wirkt. Zur Beimpfung der Läppchen waren Reinkulturen verwendet worden; nur für die Tuberkuloseversuche wurde ein sehr bazillenreiches Sputum benutzt. Bei den Tuberkuloseversuchen wurden nach stattgehabter Desinfektion Bouillon-Abschwemmungen der Läppchen an Meerschweinchen verimpft. Im einzelnen haben wir folgende Resultate gewonnen:

Erster Versuch vom 24. Januar mit Formalin nach der Straßburger Methode von Prof. Forster:

Sämtliche Bakterienarten — auch Milzbrand — wurden an den Läppchen der oberen wie der unteren Reihe und in der Zimmerecke abgetötet.

Zweiter Versuch vom 29. Januar mit der für die betreffende Raumgröße vorgeschriebenen Autanmenge: Milzbrand wurde oben, unten und in der Ecke nicht abgetötet. Für die anderen Bakterienarten reichte die vorgeschriebene Autanmenge zur Desinfektion aus.

Dritter Versuch vom 1. Februar mit der normalen Perautanmenge: Das Ergebnis war wie beim vorigen Versuch; Milzbrand wurde also nicht abgetötet.

Infolgedessen sahen wir uns veranlaßt, zuunächst noch einmal den ersten Versuch mit Formalin zu wiederholen.

Vierter Versuch vom 5. Februar mit Formalin: Er hatte das gleich günstige Resultat wie der erste Versuch, auch in bezug auf Milzbrand.

Der fünfte Versuch vom 6. Februar wurde mit der für die doppelte Raumgröße vorgeschriebenen Perautanmenge gemacht. Hierbei wurde Milzbrand sowie die anderen Bakterien getötet.

Der sechste Versuch vom 9. Februar betraf Formalin in der von der Breslauer Methodik vorgeschriebenen Menge. Es sind dies in unserem Fall 600 ccm Formalin gegenüber 250 ccm bei den Versuchen 1 und 4. Dieser Versuch sollte hauptsächlich dem Studium der Tiefenwirkungen dienen. Solche Versuche wurden jedesmal mitgemacht. Hierüber sei weiter unten, nach dem 7. Versuch, besonders berichtet.

Der siebente Versuch wurde am 12. Februar mit der doppelten Menge Autan gemacht: Er hatte vollkommenen Erfolg auch gegenüber Milzbrand.

Zu den Experimenten über die Tiefenwirkung wurden Kissen aus Bettdrell benutzt, die 8—10 cm dick mit Verbandwatte fest gefüllt waren. Die sterilisierten Kissen wurden je mit 10 ccm einer dichten Aufschwemmung von Typhusbazillen (1 Agarkultur) infiziert.' Läppchen und Kissen wurden vor Anstellung der Versuche 24 Stunden im Zimmer trocknen gelassen. Die Kissen wurden nach dem Versuch mit stets frisch abgebrannter Scheere zerschnitten und Proben in Bouillonkölbchen geworfen. Wir fanden dabei, daß triefend nasse Gegenstände sich überhaupt schlecht desinfizieren lassen. Im übrigen wurde bei Verwendung von Formalin Tiefenwirkung sowohl bei dem Straßburger-, wie bei dem verstärkten Breslauer-Verfahren von etwa 2 cm erreicht, während die desinfizierende Wirkung mit Autan und Perautan nur ganz oberflächlich war.

Mit dem doppelten der vorgeschriebenen Autanmenge hat sich erst dieselbe Wirkung erzielen lassen, wie mit der einfachen Formalinmenge (nach der sparsameren Straßburger Methode), während eine Vermehrung der Perautanmenge auf das Doppelte nur die bescheidene Wirkung hatte, daß wenigstens der Ueberzug steril geworden war, während bei der einfachen Menge Perautan der Ueberzug des doch immerhin infolge der reichlichen Infektion mit Typhusaufschwemmung ziemlich feuchten Kissens von innen her reinfiziert war.

Bei der absolut sicheren desinfektorischen Wirkung des Formalins nach dem Verfahren von Prof. Forster auf Milzbrandsporen erübrigte sich eine Wiederholung der Desinfektionsversuche mit Formalin bei Streptokokken, Staphylokokken und Pyozyaneusbazillen.

Es wurden aber weiterhin zur Ergänzung der bisherigen Resultate noch 5 Zimmerdesinfektionen ausgeführt:

Achter Versuch vom 26. Februar: Desinfektion mit der einfachen Menge Autan bei den drei oben genannten Bakterienarten sowie bei Milzbrand und zwar wie bei den früheren Versuchen 2 m hoch, 30 cm über dem Fußboden und in der Zimmerecke. Milzbrand wurde an allen 3 Stellen nicht abgetötet; die anderen Bakterienarten gingen zugrunde.

Neunter Versuch vom 29. Februar: Dasselbe mit Perautan in einfacher Menge hatte dasselbe Resultat, nur daß Milzbrand in 2 m Höhe diesmal abgetötet wurde. Wir schieben diesen kleinen Teilerfolg bei Milzbrand der inzwischen eingetretenen feuchten Witterung zu.

Zehnter Versuch vom 2. März. Eine Wiederholung der Desinfektion mit der einfachen Menge Autan, bei der aber vorher 600 ccm Wasser verdunstet war (wie bei dem Forsterschen Verfahren), hatte den Erfolg, daß nunmehr auch Milzbrand an allen 3 Orten im Zimmer abgetötet wurde.

Elfter Versuch vom 5. März war bei der immer noch feuchten Witterung eine Wiederholung von Versuch 9 (Perautan in einfacher Menge) mit Milzbrand. Der Erfolg war der gleiche wie dort (oben abgetötet; unten und in der Zimmerecke nicht).

Zwölfter Versuch vom 6. März war eine Wiederholung des vorigen Perautan-Versuchs mit vorgängiger Verdampfung von 600 ccm Wasser nur bei Milzbrand. Der Erfolg wurde aber nicht besser, d. h. Milzbrand 30 cm hoch aufgehangen und am Boden in der Zimmerecke sind nicht abgetötet.

Desinfektionsversuche mit Tuberkelbazillen wurden angestellt im 1. Versuch (Formalin nach dem Straßburger Verfahren), 2. Versuch (Autan in einfacher Menge), 3. Versuch (Perautan in einfacher Menge) und im 5. Versuch (Perautan in der doppelten Menge). In sämtlichen Versuchen blieben die mit Abschwemmungen der Läppchen infizierten Meerschweinchen gesund. In einem Kontrollversuch erkrankte das Tier an makroskopisch erkennbarer Tuberkulose.

Wenn wir die Ergebnisse aller dieser Versuche zusammenfassen, so kommen wir zu folgendem Schlusse:

1. Formalin in den Mengen und nach der Methode des Straßburger Verfahrens tötet alle genannten Bakterien einschließlich Milzbrand oben, unten und in der Zimmerecke oberflächlich ab. Der Methode kommt auch eine gewisse Tiefenwirkung zu.

2. Autan tötet in der für die betreffende Raumgröße vorgeschriebenen Menge Milzbrand an keinem der drei für unsere Versuche in Betracht kommenden Stellen des Zimmers ab, während es überall auf die anderen Bakterienarten oberflächlich eine hinreichende Wirkung ausübt. Eine nennenswerte Tiefenwirkung konnte nicht nachgewiesen werden.

3. Autan in der doppelten Menge tötet allenthalben auch Milzbrand ab.

4. Autan hat denselben günstigen Erfolg gegenüber Milzbrand schon in einfacher Menge, wenn man vorher die nach dem Straßburger Verfahren vorgeschriebene Menge Wasser verdampft.

5. Perautan in einfacher Menge tötet Milzbrand nicht ab. Nach Eintritt feuchter Witterung wird Milzbrand oben jedoch abgetötet.

6. Perautan in doppelter Menge tötet ebenso wie Autan in doppelter Menge auch Milzbrand ab.

7. Perautan in einfacher Menge mit vorgängiger Verdampfung von Wasser in der nach dem Straßburger Verfahren vorgeschriebenen Menge tötet Milzbrand nur oben, nicht aber nahe über dem Boden und dicht am Boden in der Zimmerecke ab.

Eine gewisse Unannehmlichkeit des Perautans liegt in dem dunklen Rückstande, von dem die Gefäße schwerer als von dem

Autan-Rückstande gereinigt werden können. Wir können den Angaben der Fabrik beistimmen, daß bis zum Eintritt der Reaktion hinreichend Zeit verstreicht, um dem Desinfektor Gelegenheit zu geben, die Chemikalien mit dem Wasser gut zu mischen und sich aus dem Zimmer zu entfernen. Durch ein kleines, eigens zu diesen Versuchen in der Zimmertür angebrachtes Fenster konnten wir uns auch davon überzeugen, daß die entwickelten Gas- und Dampfmengen tatsächlich mit großer Vehemenz emporgeworfen wurden und bald den Raum mit einem dichten Nebel erfüllten.

Die Versuche von Proskauer und Schneider wurden mit Autan und bei 4stündiger Einwirkungsdauer angestellt. Benutzt wurden Objekte, die mit Staphylococcus aureus infiziert waren. Der größte Teil der Testobjekte wurde steril. Die Beobachtungen zeigen in Uebereinstimmung mit unseren Versuchen, daß bei im übrigen gleichen Bedingungen Objekte am Boden schwerer abgetötet werden als solche, die sich in einer gewissen Höhe des Zimmers befinden. Bei den übrigen nicht abgetöteten Objekten sind zumeist die Versuchsbedingungen künstlich derart erschwert worden, wie sie praktisch bei gewissenhafter Desinfektion nicht vorkommen: Objekte brauchen nicht in geöffneten Schubladen desinfiziert zu werden (es ist auch nicht angegeben, wie weit die Schublade geöffnet war); Schubladen sollen nach der Vorschrift herausgezogen und schräg gegen die Wand gelehnt werden. Wenn man Läppchen in Petrischalen offen auslegt, dann kann das Formaldehydgas naturgemäß nur von einer Seite heran; für eine erfolgreiche Desinfektion muß dann aber schon eine gewisse Tiefenwirkung vorausgesetzt werden; jeder Desinfektor lernt jedoch, daß Formalindesinfektion nur dort zulässig ist, wo Tiefenwirkung nicht beansprucht wird. Wir haben uns in unseren Versuchen bemüht, diesen Voraussetzungen gerecht zu werden durch Verwendung feinen Battistleinens; wo wir am Boden in der Zimmerecke die Unterlage einer Petrischale nicht vermeiden konnten, haben wir das Läppchen einmal gefaltet und dachförmig aufgestellt, so daß das Gas-Wasserdampfgemisch beiderseits herankommen konnte.

Diese Autoren, sowie Wesenberg haben mit uns übereinstimmend gefunden, daß Sporen (Bac. subtilis) nicht abgetötet werden. Christian hatte behauptet, daß Ecken und Winkel undesinfiziert bleiben; diesen Angaben haben Proskauer und Schneider widersprochen. Unsere Versuche bestätigen die Angaben der letztgenannten Autoren; unsere Versuche mit Perautan beweisen allerdings, daß ausgelegte Objekte in der Höhe leichter desinfiziert werden, als solche, die sich tiefer oder am Boden befinden.

Gaspard hat unter Verwendung von 5 Bakterienarten Massenversuche mit Autan von je 100 Testobjekten angestellt unter Vergleich mit dem Breslauer und Straßburger Verfahren. Bei Berechnung des Gesamterfolges kommt er nahezu zu den-

selben Prozentzahlen, nämlich 95% Erfolge beim Autan gegenüber 96% bei den beiden Formalin-Methoden.

Den günstigen Urteilen über das Autanverfahren schließt sich Kolle an.

Nach den Angaben von Wesenberg tritt bei Anwendung von 40 g Autan pro 1 cbm Raum beim Uebergießen mit 36 ccm Wasser eine etwa 20—30 Minuten lang anhaltende Ganzsättigung mit Wasserdampf ein, die nur sehr allmählich wieder heruntergeht. Es ist dies dieselbe Zeitdauer, während der Wesenberg bei Kontrollversuchen nach dem Flüggeschen Verfahren Ganzsättigung erzielt hat. W. hat im übrigen beim Autanverfahren 6mal soviel Formalin in der Luft des Desinfektionsraumes nachgewiesen, als bei der Formalindesinfektion nach Flügge. Da nun von uns festgestellt worden ist, daß die Desinfektion mit Autan bei strenger Ausführung nach der Vorschrift auf Milzbrand von geringerer Wirksamkeit ist, als die Formalin-Wasserverdampfung, und da anderseits von uns festgestellt wurde, daß die vorgängige Verdampfung von Wasser imstande ist, die Wirkung des Autans auch gegenüber Milzbrand bis zu dem gewünschten Erfolge zu verstärken, so geht daraus hervor, daß selbst die für eine gewisse Zeit eintretende absolute Sättigung der Luft mit Wasserdampf — trotz der 6mal größeren Menge entwickelten Formaldehyds — nicht das allein ausschlaggebende für den Desinfektionseffekt ist. Es hat vielmehr den Anschein, daß noch mit einem anderen Werte gerechnet werden muß, sei es, daß es sich um einen geringen Ueberdruck im Raume handelt, bei dem Wasserdampf und Formaldehydgas in die zu desinfizierenden Gegenstände hineingepreßt werden, oder daß bei einem Uebermaß von verdampftem Wasser Niederschläge an der Oberfläche der zu desinfizierenden Gegenstände entstehen, welche die Wirkung erhöhen.

Hierzu ist allerdings zu bemerken, daß die in den Büchsen enthaltenen bezw. einzufüllenden Materialmengen hinter den von Wesenberg angegebenen zurückbleiben. Ein Zimmer von 60 cbm braucht nach W. 2400 g Autan und 2160 ccm Wasser; die Autanbüchse für den Raum von 60 cbm enthält dagegen nur 2250 g Autan und das zugehörige Wassermaß faßt 1600 ccm. Wie wir aber gesehen haben, genügt auch diese kleinere Autanmenge für alle Desinfektionen, wenn man nur die Wassermenge angemessen erhöht.

Xylander betont ebenfalls die Notwendigkeit, den zu desinfizierenden Raum abzudichten. Er ist bei seinen 1907 veröffentlichten Versuchen zu dem Ergebnis gelangt, daß pro cbm Raum statt der ursprünglich vorgeschriebenen 30 g Autan zur vollen Wirksamkeit 50 g Autan erforderlich sind, und daß außerdem die anzunehmende Wassermenge erheblich vergrößert werden muß. Dieser Forderung hat dieFabrik schon zum Teil entsprochen. Die von ihr vorgenommene Erhöhung der Autanmenge sowie die jetzige Vorschrift, nicht heißes, sondern 20

bis 22° warmes Wasser zu verwenden, sind vielleicht die Gründe für die günstigeren Resultate, die wir hatten.

Aehnlich gute Erfolge wie wir, haben, soweit die Literatur uns vorliegt, Frank, Geirsvold, Kirchgaesser und Hilgermann gehabt. Die beiden letzteren schlagen für das Autan vor, Kleidungsstücke, Matratzen etc. stets möglichst hoch aufzuhängen. Alle Versuchsergebnisse dieser Autoren beziehen sich auf Autan; Resultate anderer Autoren über Perautan liegen uns nicht vor.

Ziehen wir aus unseren Versuchen die praktischen Folgerungen, so kommen wir zu folgenden Ergebnissen:

1. Das Arbeiten mit Autan und Perautan ist sehr bequem und, weil keine besonderen Apparate nötig sind, praktisch. Es können beliebig viel Desinfektionen rasch hintereinander gemacht werden.

2. Dem Autan wie dem Perautan kommt eine erhebliche Desinfektionswirkung zu. Dieselbe ist gegen Milzbrand aber geringer, als die Formalindesinfektion nach dem Straßburger Verfahren; gegen nicht sporenhaltiges Material ist die Wirkung völlig gleichwertig.

3. Die Wirkung kann auch gegen Milzbrand dem Straßburger Verfahren gleichwertig gemacht werden, wenn man
  a) die doppelte Menge von Autan oder Perautan verwendet,
  b) wenn man beim Autan vor der Gasentwicklung die nach dem Straßburger Verfahren nötige Wassermenge verdampft (beim Perautan hat man damit keinen Erfolg).

4. Da die Gefäße von Perautanresten schwerer zu reinigen sind, als von den Rückständen des Autans, die Preise beider Präparate die gleichen sind, und da überdies das Autan in seiner Wirkung dem anderen Präparat überlegen ist, kann von uns die Verwendung des Perautans nicht empfohlen werden.

5. Eine wesentliche Tiefenwirkung kommt dem Autan ebenso wenig wie der Formalindesinfektion zu. Nach der Vorschrift soll aber auch Formalin nur dort angewendet werden, wo es sich um oberflächlich infizierte Gegenstände handelt.

6. Auf Grund unserer Beobachtungen empfehlen wir, besonders stark, aber nur oberflächlich infizierte Gegenstände hoch aufzuhängen, und zwar möglichst nahe dem Entwicklungsgefäß.

7. Die Verwendung kleinerer, als der vorgeschriebenen Packungen ist unzulässig. Die Vorbereitung des Desinfektionsraumes hat genau wie bei der Formalindesinfektion zu erfolgen.

8. Bei geeigneter Vorbereitung des Zimmers und vorgängiger Wasserverdampfung sowie zweckmäßiger Verteilung der zu desinfizierenden Gegenstände im Zimmer hat die Desinfektion mit Autan bei billigen Anforderungen an seine Wirkung absoluten Erfolg.

Somit stellt das Autan eine durchaus wertvolle Bereicherung unserer Desinfektionsmittel dar. Der Wert des Präparats

wird sich in erster Linie dort zeigen, wo eine gewisse Feuersgefahr wegen der Enge des Raumes vorhanden ist; dann aber auch auf dem Lande und in kleinen Städten, wohin der Transport von Apparaten und flüssigen Materialien gegenwärtig mit Schwierigkeiten verbunden ist. Aber auch in den großen Zentren wird wegen der bequemen und raschen Handhabung sich die Autan-Methode berechtigten Eingang verschaffen. Geradezu unentbehrlich wird das Verfahren in Epidemie- und Kriegszeiten sein.

Literatur.

1. Eichengrün A., Elberfeld: Ueber die Verstärkung der Autanwirkung. Gesundheits-Ingenieur; 1908.
2. Frank-Wiesbaden: Prüfung des Desinfektionsmittels „Autan". Klinisches Jahrbuch; Bd. XVIII, Heft 1.
3. Gastpar-Stuttgart: Ueber Wohnungsdesinfektion. Ein Vergleich von Breslauer und Straßburger Methode mit Autan. Württembergisches Medizinisches Korrespondenzblatt; 1907.
4. Geirsvold-Christiania: Desinfektion med formaldehyd. Tidskrift for Dennorske laegeforening; 1908, Nr. 3.
5. Kolle-Bern: Ueber Wohnungsdesinfektion im besonderen über Formaldehydverfahren und Versuche mit Autan. Vortrag, gehalten am 5. Februar 1907 im Med. pharmaz. Bezirksverein in Bern (Verlag von A. Franke).
6. Kirchgaesser und Hilgermann, Koblenz: Formaldehyddesinfektion mit Autan. Klinisches Jahrbuch; Band XVIII, Heft 1.
7. Philipp, C., Berlin: Vergleichende Versuche zwischen dem Permanganat-Verfahren und dem Autan-Verfahren zu Desinfektionszwecken. Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1909, H. 11.
8. Proskauer und Schneider, Hans: Einige Desinfektionsversuche mit Autan. Klinisches Jahrbuch; Band XVIII.
9. Wesenberg-Elberfeld: Die Formaldehyddesinfektion mit „Autan", Hygienische Rundschau; 1906, Nr. 22.
10. Xylander: Versuche mit einem neuen Formalin-Desinfektionsverfahren „Autanverfahren". Arbeiten a. d. Kaiserl. Gesundheitsamte; 1907, Bd. XXVI.

Ein handliches Instrumentarium zur Harnuntersuchung.

(Mit 1 Abbildung.)

Von Gerichtsarzt Dr. **Marx**-Berlin.

Vielfältige Erfahrung ließ es mir wünschenswert erscheinen, einen handlichen Taschenapparat zu besitzen, der es ermöglichte, schnell und ohne Schwierigkeiten an Ort und Stelle, z. B. auf Dienstreisen, den Urin einer Person zu untersuchen. Die Vorteile eines solchen Verfahrens sind ohne weiteres einzusehen. So habe ich es erlebt, daß Urin, der mir auf meine Aufforderung zugeschickt bezw. gebracht wurde, zum Zweck der Täuschung mit Traubenzucker versetzt war. Flaschen zur Einfüllung des Urins sind nicht immer zur Stelle; der Transport, etwa in der Aktentasche, kann mißlich werden, u. s. f.

Die Firma Paul Altmann in Berlin[1]) hat nach meiner Anweisung den hier abgebildeten Apparat konstruiert. Er besteht aus einem 12,5 cm hohen, 9,5 cm breiten und 2,5 cm

[1]) N. W. Luisenstraße 47. Der Preis des Apparates ist zunächst auf 5 Mark festgesetzt.

breiten Holzkästchen, das mit seinem gesamten Inhalt nicht ganz 200 Gramm wiegt und bequem in der Rock- oder Aktentasche mitgeführt werden kann.

Die innere Einrichtung wird aus der Abbildung klar. In zwei Hornhüllen sind Reagensgläschen mit Glas- bezw. Gummiverschlüssen eingelassen, die zur Aufnahme von Salpetersäure und Kalilauge bestimmt sind. Die Hornhüllen besitzen einen Schraubenverschluß. Eins der mittleren Reagensgläser enthält Spiritus in fester Form. Ein weiteres Glas dient für Aufnahme von Kupfersulfat oder Nylanders Reagens. Endlich enthält eins der Fächer zwei kleine in einander gesteckte Reagensgläser, in die oben ein flacher Glastrichter hineingeschoben ist. Der Deckel des Kästchens dient zur Aufnahme eines kleinen Metallpfännchens zum Verbrennen des Spiritus, eines Reagenshalters, einiger Stücke Fließ- und Lakmuspapiers und eines Heftchens mit Streichhölzern.



Die Abbildung zeigt den Apparat im Gebrauch: Der senkrecht stehende Teil des Kästchens wird durch eine kleine im Innern angebrachte Stütze gegen den horizontal liegenden festgehalten. Der senkrecht stehende Teil enthält zwei Einschnitte in den Kanten zur Aufnahme des Brennpfännchens und des Reagensglashalters.

Man kann natürlich diejenigen Reagentien in die Gläser füllen, an deren Gebrauch man gewöhnt ist. Im übrigen eignet sich der Apparat auch zur Mitnahme von Reagentien zu anderen Zwecken, wie Blutuntersuchungen und zu ähnlichen anderen Aufgaben und auch zur Mitnahme aller möglichen anderen zu untersuchenden Flüssigkeiten vom Ort der Untersuchung. Endlich lassen sich auch die entsprechenden Untersuchungen daheim, in der Sprechstunde, mittels des Apparates leicht und bequem anstellen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Zum Kastle-Meyerschen Reagens. Von Deléarde und Benoit. Comptes rendus de la soc. de biol.; 1912, LXXII, Nr. 4.

Die Autoren hatten 1908 das Meyersche Reagens zum Nachweis von Blut in organischen Sekreten empfohlen (s. Ref. darüber im Jahrg. 1908, S. 544

dieser Zeitschrift); Sartory (s. diese Zeitschrift, Jahrg. 1911, S. 928) war dagegen zu dem Ergebnis gekommen, daß zahlreiche chemische Verbindungen, ebenso wie Blut, eine Oxydation des Phenophthalins in alkalischer Lösung bedingen.

Die Autoren halten an dem Wert der Reaktion trotz der Versuche Sartorys fest. In wässeriger Lösung ist sie gegenüber Haemoglobin außerordentlich empfindlich. Verringert wird die Feinheit der Reaktion allerdings durch Anwesenheit von Urin infolge seines Gehaltes an Harnsäure und ihrer Salze. Aber auch mit Urin ist die Empfindlichkeit immer noch groß, nämlich 1 : 26000.

Die Reaktion ist auch spezifisch und im Gegensatz zu der von Deenschen und Adlerschen Probe nur für Blut beweiskräftig, während jene auch durch Eiter beeinflußt werden. Man darf allerdings nur phthaleinfreies Phthalinreagens anwenden; man kann sich darüber leicht dadurch vergewissern, daß man es vorher zum Sieden bringt. Ein gutes Reagens färbt sich nachher nicht wieder rot.

Wenn das Phenolphthalin, wie alle chemischen Blutreagentien, auch nicht ausschließlich spezifisch für Haemoglobin ist, so ist es doch ausreichend empfindlich und wenigstens ebenso spezifisch wie Guajaktinktur oder Benzidin.

(In einer Besprechung der Arbeit im Aprilheft der Arch. intern. de méd. lég. 1912 sagt Prof. V. Balthagard-Paris, daß er die Schlüsse der Autoren voll und ganz unterschreiben könne): Dr. Mayer-Simmern.

Vergleichende Untersuchungen über den forensischen Wert der Hämin- und Hämochromogenkristalle. Von Dr. Heine. (Aus dem Institut für gerichtl. Medizin in Königsberg. Prof. Dr. Puppe). Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen; 1912, 3. F., Bd. 43, H. 2, S. 268—281.

Die Arbeit, die zur nochmaligen Prüfung der gegen die praktische Bedeutung der Hämochromogenkristalle erhobenen Einwände ausgeführt wurde, enthält zunächst die erste fachmännische kristallographische Bestimmung der Kristalle von Prof. Bergeat. Sie sind danach doppelbrechend, nicht stark lichtbrechend, kupferrot, zeigen deutlichen Pleochromismus, sind bei horizontalen Nicols dunkler, bei vertikalen heller. Wenn der parallel zur Längsrichtung schwingende Strahl als c, der senkrecht zu ihm schwingende als a bezeichnet wird, dann ist der Pleochromismus der Nadeln c = rotbraun, a = orangerot und c > a. Der optische Charakter läßt sich nicht mit Sicherheit bestimmen, dürfte aber nach Art des Pleochromismus positiv sein. Soweit sich bei der Kleinheit der Kristalle erkennen läßt, zeigen sie zwischen gekreuzten Nicols gerade Auslöschung. Sie würden demnach einem tetragonalen, hexagonalen oder rhombischen System angehören.

Die eigenen Untersuchungen des Verfassers an 69 Objekten haben im wesentlichen eine völlige Gleichwertigkeit beider Proben ergeben. Die Hämochromogenkristalle mißlangen in zwei Fällen, in denen Häminkristalle zu erhalten waren, entstanden in zwei anderen, wo die letzteren fehlten oder nur mit Immersion zu sehen waren. Sehr ungünstig waren die Ergebnisse mit Blut, das auf eine mit Leimfarbe bestrichene Wand und unter gleichzeitiger Einwirkung aller Witterungseinflüsse an Ziegelstein und an Zementmörtel gebracht war. Rost stört beide Proben; nur bei Ueberschuß von Blut und noch nicht alter Mischung lassen sich noch Hämochromogenkristalle erzeugen. Ein entschiedener Vorzug der Hämochromogenkristallprobe liege in ihrer größeren Einfachheit; sie sollte bei negativem Ausfalle der Teichmannschen nicht unterlassen werden. Die reduzierten Häminkristalle (Leers) erscheinen zum Nachweis von Blut in Gegenwart von indigohaltigen Farben entbehrlich, weil die sofortige Anstellung der Hämochromogenprobe rascher zum Ziel führt.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Form- und Farbveränderungen des Bluttropfens. Von cand. jur. Wilhelm Polzer-Graz. Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik; Band 44, Heft 3 und 4.

Verfasser bespritzte eine Reihe von harten und weichen, von rauhen und glatten Gegenständen aus verschiedenem Material (im ganzen 40) mit frischem Schweineblut, um Form und Farbe der einzelnen Bluttropfen festzustellen. Er kam zu dem Ergebnis, daß die Form- und Farbveränderungen des Blutes

oft ganz wesentliche und unerwartete sind. Er empfiehlt, wie es Prof. Groß in Graz schon lange vorher getan, Blutspuren bei künstlicher Beleuchtung aufzusuchen. v. Mach-Bromberg.

Zwei einfache Apparate zur Untersuchung des Blutes. Von Prof. Dr. P. v. Grätzner in Tübingen. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 14.

Verfasser beschreibt zunächst einen von ihm konstruierten bezw. verbesserten, zur Hämoglobinbestimmung dienenden Apparat, den er als „Keilhämometer" bezeichnet. Er zeichnet sich aus durch Billigkeit, Einfachheit und Genauigkeit und ist durch Universitätsmechaniker E. Albrecht in Tübingen mit allen Nebenapparaten um 40 Mark zu beziehen.

Ferner beschreibt Verfasser Beschaffenheit und Gebrauchsweise seines Blutkörperchenzählapparates ohne Zählnetz und hebt dessen bequeme, einfache und verlässige Gebrauchsfähigkeit hervor. Dieser Apparat wird von der Firma W. und H. Seibert in Wetzlar preiswert und korrekt angefertigt.

Dr. Waibel-Kempten.

Leberglykogen und gerichtliche Medizin (zugleich ein Beitrag zur Biologie des Glykogens). Von Dr. med. Einar Sjövall, Privatdozent an der Universität Lund. Aus dem Institut für gerichtl. Medizin in Kiel. Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin und Sanitätswesen; 1912, 3. F., XLIII, H. 1 und 2, S. 28—60 und 289—323.

Die praktische Bedeutung des Leberglykogens für die Beurteilung des Todesverlaufs, die bekanntlich von Lacassagne und Martin bestimmt behauptet, dann wiederholt bestritten und zuletzt von Meixner (s. diese Zeitschrift 1912, Nr. 5, S. 173) studiert worden ist, hat Sjövall aufs neue gründlich an 64 teils forensischen, teils klinischen Sektionsfällen und einer größeren Anzahl Tierversuchen geprüft. Er bediente sich wie Meixner des histologischen Glykogennachweises nach Best. Seine Ergebnisse führen ihn zu einer strengen Verneinung der forensisch-praktischen Verwertbarkeit des Leberglykogens zur Bestimmung der Todesart; selbst die beschränkte Bedeutung, die ihm Meixner gelassen hat, ist nach Sjövall nicht zu stützen. Allerdings erkennt auch er an, daß die Agonie die Glykogenmenge vermindert, aber dieser Einfluß ist mit demjenigen der zahlreichen anderen, teilweise recht wenig ergründeten, die Glykogenmenge vergrößernden oder vermindernden Faktoren in so wechselnder und schwer bestimmbarer Weise vermischt, daß es im Einzelfalle unmöglich wird, aus der Glykogenmenge Schlüsse auf die Todesart mit genügender Sicherheit zu ziehen. Die extrazelluläre Glykogenlagerung, die zuerst in die forensische Diskussion gezogen zu haben das Verdienst Meixners ist, hängt ebenfalls in so überaus hohem Grade von dem Einwirken bedeutsamer postmortaler Faktoren ab, daß der Verfasser es für unmöglich hält, sie am menschlichen Sektionsmaterial von der möglichen, aber jedenfalls absolut und relativ sehr geringen ähnlichen Wirkung einer langen Agonie zu unterscheiden.

In biologischer Hinsicht ist Verfasser zu der Ansicht gelangt, daß die extrazelluläre Lagerung des Glykogens die Folge einer einfachen Diffusion ist, die durch eine Zellschädigung, und zwar mit größter Wahrscheinlichkeit durch eine Schädigung der biologischen Membran, ermöglicht wird. Dies Ergebnis liefert eine gute, wenn auch zu erwartende Stütze für die Auffassung von der Bedeutung der Zellen für den Glykogenstoffwechsel. Glykogenabbau ist ebenso wie Glykogenbildung eine Funktion der Leberzelle; die extrazelluläre Glykogenlagerung hat aber nichts mit dem Glykogenabbau zu tun. Die Bedeutung der von Meixner herangezogenen Blut- und Lymphdiastasen für die Zuckerbildung aus Glykogen ist ganz unbegründet. Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Ueber die Giftigkeit des Methylalkohols. Von Erich Harnack. Deutsche med. Wochenschrift; 1912, Nr. 8.

Aus Anlaß der entsetzlichen Vergiftungsfälle, die sich jüngst in Berlin und anderen Orten Deutschlands abgespielt haben, verbreitet sich Harnack einmal ausführlich über die Toxikologie des Methylalkohols, über den bisher in der deutschen Literatur nur sehr wenig zu finden ist. Zusammenfassend

kann gesagt werden, daß der Methylalkohol an sich nur ein schwach wirkendes Agens ist, das an Wirkungsstärke von den ihm homologen kohlenstoffreichereren Alkoholen seiner Reihe weit übertroffen wird. Das Gefährliche, das ihm speziell eigen ist, besteht aber in der langsamen Oxydation zu Ameisensäure, die er erleiden kann. Da der Alkohol von bestimmten nervösen Elementen — besonders Retina und Sehnerv neben der Großhirnrinde — besonders angezogen wird, so spielt sich in diesen jener Prozeß der langsamen Oxydation ab und dadurch sind die furchtbaren Folgen bedingt. Warum der Mythylalkohol häufig beim Menschen im Gegensatz zum warmblütigen Tiere der langsamen und somit so gefährlichen Oxydation zu Ameisensäure unterliegt, die Frage kann noch nicht als geklärt betrachtet werden (Unterernährung?).

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Tierexperimenteller Befund im Zentralnervensystem nach Methylalkoholvergiftung. Von Oberarzt Dr. Rühle, Prosektor der Landesheilanstalt Uchtspringe. Münchener med. Wochenscärift; 1912, Nr. 18.

Da in pathologisch-anatomischer Beziehung bisher keine Veröffentlichungen über Tierversuche mit Methylalkohol erschienen sind, berichtet Verfasser in längeren Ausführungrn unter Beibringung von mehreren mikroskopischen Abbildungen über die Ergebnisse seiner Untersuchungen und kommt zu dem Schlußresultat, daß sich in der Brücke und im verlängerten Marke zweier mit innerlichen Gaben von Methylalkohol tödlich vergifteten Hunde dissimierte, das umgebende Gewebe komprimierende Blutungen fanden. Es ist die Forderung aufzustellen, daß künftig in jedem Falle einer beim Menschen zum Tode führenden Vergiftung mit Methylalkohol das Zentralnervensystem, insbesondere aber Brücke und verlängertes Mark, einer eingehenden histologischen Untersuchung unterzogen wird.

Dr. Waibel-Kempten.

---

1. Der Einfluß der Art der Einverleibung auf die geringsten letalen und auf die therapeutischon Dosen bei Chlorbaryum. Von E. Maurel. Aus dem Laboratorium für experimentelle Medizin der Universität Toulouse. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII, 1912, Nr. 7.

2. Einfluß der Art der Einverleibung auf Erzeugung von Diarrhoe durch Chlorbaryum. Von Demselben. Ebenda; Nr. 8.

3. Neue Untersuchungen über die geringste letale Dosis bei Chlorbaryum nach subkutaner Einverleibung beim Kaninchen. Von Demselben. Ebenda; Nr. 9.

1. Für den Frosch ist die Wirkung vom Magen aus ebenso intensiv, wie die von der Muskulatur aus; für die Taube dagegen ist sie wenigstens 6 mal geringer, für das Kaninchen sogar 10 mal weniger aktiv, als vom Muskel aus. Das Salz hat eine recht hohe Giftwirkung. Für die subkutane Injektion beträgt pro Kilo Körpergewicht beim Kaninchen die letale Dose 0,05 g. Auch beim Menschen[1]) ist die Giftwirkung sogar vom Magen aus bedeutend. Bei Taube und Kaninchen, die uns am meisten verwandt sind, wirkt das Mittel vom Magen aus weniger stark, als auf subkutanem Wege.

2. Die durch das Chlorbaryum bei Kaninchen und Taube erzeugte Diarrhoe ist als Eliminationswirkung anzusehen. Sie muß dieselbe Erklärung haben, wie die Diarrhoen bei Natriumarsenat[2]), bei Colchizin und bei Sublimat. Sie beruht nicht auf einer direkten Einwirkung auf den Darm, sondern tritt erst nach Resorption dieser Gifte auf. Es handelt sich um Verteidigungsmittel des Organismus, die nicht gestört werden dürfen und um Kompensationsvorrichtungen des Darms, die — wenigstens bei Sublimat und Natriumarsenat — zur Entlastung kommen.

3. Zur Erklärung des Unterschiedes in Größe der letalen Dose, die Camus[3]) bei Injektion des Chlorbaryums in den Liquor cerebrospinalis, der Autor bei subkutaner Injektion beim Kaninchen gefunden hatte, machte dieser neue Versuche. Sie bestätigen die früheren: „Das Kilogramm Kaninchen, das nach Injektion von $^{1}/_{20}$ Milligramm Chlorbaryum in den Arachnoidalraum erliegt,

---

[1]) Diese Zeitschrift; 1912, S. 223; vergl. auch 1911. S. 677.

[2]) Ebenda; 1910, S. 402.

[3]) Ebenda; 1912, S. 233.

leistet der Injektion von wenigstens 0,04 g ins Subkutangewebe und von 0,01 g in die Venen Widerstand." Dr. Mayer-Simmern.

Ein Fall von Skopomorphinismus. Von Dr. Frank in Hamburg. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 14.

Ein 30jähriger, neurasthenisch veranlagter Mann gelangte infolge eines kleinen operativen Eingriffs, bei dem durch einmalige subkutane Injektion einer Lösung Skopomorphinum hydrochloricum 0,0006 — Riedel — und Morphinum muriatum 0,01 Anästhesie erzielt wurde, dahin, dieses Mittel ca. 1 Jahr lang täglich zu gebrauchen und zwar in kurzer Zeit darauf täglich 3 Ampullen der stärkeren Lösung Skop. 0,00012, Morph. 0,03.

Die Folgen waren: starke Abmagerung, starke Schweiße, allgemeiner Tremor, maximale Mydriasis, Appetitlosigkeit, Obstipation, kolossale Reflexsteigerung, besonders an der Patella, Impotenz, häufige Dämmerzustände (auch ohne vorhergegangene Injektion). Die Injektionen wurden schließlich wahllos untertags gemacht in Restaurants, Eisenbahn, Theater etc. Während der Dämmerzustände wurden die nötigen Handlungen, Bezahlen, Aus- und Einsteigen usw. automatisch gemacht, obwohl völlige Amnesie und Desorientierung bestanden. Später kam es nach den Einspritzungen zu triebartigen Handlungen, wie Verlassen des Zimmers, Suchen nach angeblich verlorenen Gegenständen. Vielfach wurden tatsächlich Geld und andere Sachen verloren, in Läden Einkäufe und Bestellungen gemacht, das Aeußere vernachlässigt, geschäftliche Dinge nicht mehr erledigt; auch standen Suizidgedanken stets im Vordergrunde. Für reine Morphiumdosen bestand Idiosynkrasie. Der Fall endete mit erfolgreicher Entziehung. Dr. Waibel-Kempten.

Injektion des Bronchialbaums und des Lungenparenchyms auf transglottischem Wege. Von Guizez und G. Stodel. Aus dem physiol. Laboratorium der Sorbonne, Paris. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII, 1912, Nr. 11.

Auf der III. Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin in Dresden 1907 demonstrierte Revenstorf Diagramme und Lichtbilder von Versuchen, in denen er die topographische Verteilung aspirierter und infundierter Flüssigkeiten innerhalb der Lunge bei narkotisierten und ertränkten Tieren, sowie in Leichenexperimenten zu ermitteln suchte. Als Versuchsflüssigkeit diente ihm eine wässerige Wismuthaufschwemmung. Ob den Autoren die Arbeit Revenstorfs (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin; (3), XXXV. Bd., Suppl. 1908) bekannt war, geht aus ihrer Mitteilung nicht hervor. Sie injizierten 10—15 kg schweren Hunden mit langer Kanüle über die Glottis hinaus 10—20 ccm einer Aufschwemmung von 60% Bismuthum subnitricum in Oel in die Bronchien. Die Röntgenaufnahmen wurden von Dr. Aubourg, Chef du service de radiologie in Boncicaut, gemacht. Die Bilder sind von großer Deutlichkeit. Man kann den Bronchialbaum in seinen Einzelheiten studieren, Einatmung und Ausatmung beobachten, ferner die Bewegungen, die die Herztätigkeit den Bronchen und Bronchiolen mitteilt. Nach 48 Stunden sieht man Bi im Darm. Nach 6—12 Tagen tritt der Tod unter Nahrungsverweigerung und blutigen Stühlen ein. Die Lungenläppchen sind mit Wismuthkörnern ausgefüllt.

Die Autoren erinnern an Beobachtungen von Schwarz, Zimmern, Turchini und Benard am Menschen und an eine Erklärung von Desternes über einen Todesfall bei röntgenologischer Untersuchung.

Außer Wismuth wandten sie eine ölige Aufschwemmung von Toluidinblau an; eine Viertelstunde nach der Injektion ist der Farbstoff in den Bronchialverzweigungen bereits nachweisbar. Tötet man Tiere nach Injektion von 10 ccm einer 1 proz. Methylenblaulösung, so sieht man an der Lungenoberfläche gefärbte Zonen, die inselförmig verteilt sind, schon nach 15 Minuten. Opfert man die Tiere 30 Minuten nach der Operation, so ist die Oberflächenfärbung deutlicher und nach einer Stunde dagegen schon vollständig ausgeprägt. Die Elimination des Farbstoffs vollzieht sich allmählich und ist nach 24—36 Stunden noch nicht vollendet.

Eine Giftwirkung, wie bei intravenöser Einverleibung, zeigt Methylenblau bei dieser intrabronchialen Injektion nicht. Dr. Mayer-Simmern.

Tod an Asphyxie durch Wasserdampf. Von Dr. Josselin de Jong Rotterdam. La Medicina degli infortuni del lavoro e delle assicurazioni sociali; 1911, Nr. 10.

Die 2 Fälle von Asphyxie durch Wasserdampf, über die Verfasser berichtet, beanspruchen ein besonderes Interesse vom gerichtsärztlichen Standpunkt, sollen doch bisher derartige Vorkommnisse in der Literatur überhaupt noch nicht beschrieben sein. Der Vorgang war folgender: Drei Arbeiter, die bei den Kesseln beschäftigt waren, begaben sich in den Maschinenraum eines Dampfers und wurden hier plötzlich durch Ausströmen von heißem Wasserdampf aus einem Kessel überschüttet. Einer konnte sich noch, halb erstickt, retten, die beiden anderen fanden den Ausgang nicht und fanden ihren Tod. Der Obduktionsbefund, in beiden Fällen analog, war in der Hauptsache folgender: Flüssige dunkle Beschaffenheit des Blutes, zahlreiche frische Hämorrhagien am Perikard und auf der Pleura, Vergrößerung, Blutreichtum und Schwere der Lungen, intraalveoläres Exsudat; als mikroskopische Veränderungen wurden festgestellt: Vergrößerung der Alveolen, Anfüllung mit Blut und Luft, Läsionen der feinsten Verzweigungen der Luftröhre. Von diesen Veränderungen sind als allgemeine Erstickungssymptome anzusehen: die flüssige Blutbeschaffenheit, die Vergrößerung und blutreiche Beschaffenheit der Lungen und die Ekchymosen. Als spezielle Symptome der Erstickung durch heißen Wasserdampf sind dagegen zu deuten: Der Austritt von Serum und Blut in das Lungengewebe, der verminderte Luftgehalt und die Schwere der Lungen, die Veränderungen an den Alveolen und Bronchiolen (Hämorrhagien, Ablösung des Epithels und teilweise Zerstörung der Alveolen).

Bei einem Tierversuch gelang es, wenigstens einen Teil dieser Veränderungen hervorzurufen; daß letztere nicht völlig dem Bilde der beiden beobachteten Fälle entsprachen, wird darauf zurückgeführt, daß der Tod bei dem Tierversuch ganz plötzlich erfolgte.

Daß in beiden Fällen wirklich der Tod durch Asphyxie und nicht etwa durch Verbrühung oder übermäßige Hitzewirkung bedingt war, geht u. a. aus dem Fehlen äußerer Veränderungen hervor. Dr. Solbrig-Königsberg.

Ein Fall tödlicher traumatischer Tentoriumzerreißung ohne Schädelverletzung beim Erwachsenen. Von Prof. Rudolf Beneke. Aus dem pathol. Institut der Universität Halle. Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin und Sanitätswesen; 1912, Bd. 43, 2. Heft, S. 235.

Während neuerdings Tentoriumzerreißungen beim Neugeborenen als wohl häufigste Geburtsverletzung erkannt worden sind, sind sie bei Erwachsenen, und besonders ohne Schädelverletzung, etwas außerordentlich Seltenes. In der vorliegenden Beobachtung war eine 75 jährige Frau von einem Radfahrer angerannt worden und anscheinend aufs Gesicht gefallen. Sie kam sofort in die Klinik, klagte nur über dumpfen Kopfschmerz und bot außer einigen Abschürfungen über der rechten Augenbraue und einer Wunde am rechten Vorderarm nichts Besonderes, so daß sie am 3. Tage entlassen werden sollte. Beim Verlassen des Bettes stürzte sie hin und starb bald unter Hirnsymptomen. Die gerichtliche Obduktion ergab als Todesursache eine sehr ausgedehnte subdurale Blutung, besonders der rechten Seite, und als ihre Quelle einen 2 cm tiefen fetzigen Querriß des freien Randes des Tentorium cerebelli, der etwa 2 cm jenseits des Anfangs des Sinus rectus saß. Sein hinteres Ende hatte den Sinus rectus an der oberen rechten Seite seines Querschnitts breit eingerissen. Die mikroskopische Untersuchung ergab das Fehlen aller Reaktionserscheinungen, also, daß der Riß ganz frisch war. Thromben fehlten ebenfalls. Knochenbrüche waren sicher nicht vorhanden. Dieser tödliche Riß war daher auf den letzten Fall, nicht auf den Unfall zurückzuführen; von diesem rührten nur Hautsuffusionen und eine geringfügige Blutung an der Innenseite der Dura. Einfaches Hinfallen kann also — ohne jedes Merkmal äußerer Gewalt und bei völlig unversehrtem Schädel, der sogar besonders spröde war, — eine so starke Zerrung der Dura mater veranlassen, daß das Tentorium tief einreißt. Zum Auffinden der Tentoriumrisse empfiehlt Beneke, bei Neugeborenen in der Regel das Großhirn an seinen Brückenstielen zu durchtrennen. Auch bei Schädeltraumen

von Erwachsenen sowie bei nichttraumatischen Zuständen empfiehlt sich dies Verfahren, um den für Stauungen im Gebiete der Vena magna Galeni wichtigen Sinus rectus besser zu untersuchen. Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Selbsterdrosselung zwischen den Latten eines Zaunes durch Unfall. Von Dr. Martin Nippe. (Aus der Anatomie des Stadtkrankenhauses Dresden-Johannstadt. Prosektor Dr. Geipel). Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin usw.; 3. F., 42. Bd., 1912, Heft 2, S. 242.

Ein seit einem leichten Unfall an Schwindelfällen, zunehmender Hartbörigkeit und Herzbeschwerden leidender Arbeiter wurde im Garten zwischen zwei Latten eines 145 cm hohen Holzzaunes erdrosselt aufgefunden. Der Hals steckte sehr fest zwischen den $5^1/_2$ cm abstehenden, 1 cm dicken, oben abgeschrägten Latten. Die Umstände sprachen für einen Unfall. Die Obduktion ergab außer einer alten, kompensierten Mitralinsuffizienz Druckfurchen am Halse, die den Latten entsprachen und offenbar zu rascher Kompression der Karotiden geführt hatten. Zerreißungen oder Blutungen fehlten, ebenso Kehlkopfverletzungen. Eine am Lebenden diagnostizierte, auf einen Schädelbruch zurückgeführte Erkrankung des inneren oder äußeren Ohres war ebensowenig vorhanden, wie ein Anhalt für den Bruch selbst.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Zur Beurteilung eigenartiger Fremdkörperverletzungen in einem Festungsgefängnis. Von Dr. E. Mangelsdorf. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1912, Nr. 9.

Innerhalb eines verhältnismäßig kurzen Zeitabschnittes traten in einer Abteilung des Festungsgefängnisses in Cöln 15 Fälle von Nähnadelverletzungen der Hand auf. Nur in einem Falle wurde die Verletzung sofort gemeldet. Es handelte sich meist um Leute von schlechter Führung, die noch einen großen Teil ihrer an sich langen Strafzeit zu verbüssen hatten. Bei vielen fanden sich mehrere, bis zu 10, Fremdkörper. Abnorme geistige Beschaffenheit konnte nur bei 3 Leuten festgestellt werden. Aus allen diesen Umständen zieht Mangelsdorf den Schluß, daß Selbstbeschädigung vorliegt, deren Methode trotz der Einzelhaft von einem Gefangenen dem anderen mitgeteilt wurde. Derartigen Versuchen entgegenzuwirken ist nur in beschränktem Maße möglich.

Dr. Bernstein-Allenstein.

Thrombose von Armvenen durch Blutdruckmessungen. Von Dr. R. Mohr, Assistent der med. Klinik zu Leipzig. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 14.

Bekanntlich sind Thrombosen der Armvenen sehr selten; es sind nur wenige solcher Fälle, meist traumatischen Ursprungs, veröffentlicht worden.

Verf. konnte vor einiger Zeit das Auftreten von blinden Thrombosen in den oberflächlichen Armvenen bei einem an käsiger Pneumonie erkrankten 22jährigen Manne, dem mehrmals der Blutdruck gemessen war, beobachten. Die Besichtigung und Betastung stellte an dem keineswegs geschwollenen rechten Arm, an dem die Blutdruckmessungen regelmäßig vorgenommen wurden, eine schräg in der Ellenbeuge dicht unter der Haut verlaufende, prall ausgedehnte und sich derb anfühlende Vene (V. mediana cubiti) fest, die nach oben hin an der Innenseite des M. bizeps etwa bis zum Beginn des oberen Drittels des Humerus als derber Strang zu verfolgen war (V. basilica). Ferner fand sich neben dem Condylus ext. humeri eine zweite, sich auf die Ausdehnung von 2—3 Querfingern derb anfühlende Hautvene (V. cephalica). Etwa 14 Tage später trat eine mäßige Schwellung mit Oedem des linken Beines, anscheinend veranlaßt durch Thrombosen in den Beinvenen, auf, ging jedoch ziemlich schnell vorüber.

Wenn es somit, resumiert Verf. am Schlusse, einerseits keinem Zweifel unterliegen kann, daß die eigentliche Ursache der bei dem Kranken auftretenden Thrombosen, besonders der in den Venen des linken Beines, die schwere kachektisierende Erkrankung mit ihrer Herabsetzung des Blutdruckes, Verschlechterung des Blutes und Verlangsamung der Zirkulation ist, so muß anderseits doch angenommen werden, daß das ungewöhnliche Auftreten der Thrombose in den Hautvenen des rechten Armes durch die wiederholten Blut-

druckmessungen bezw. vielleicht durch die dadurch resp. durch das Anlegen der Binde entstandene Endothelläsion in Gestalt kleiner Intimazerreißungen ausgelöst ist. Dr. Waibel-Kempten.

Ueber Haarverletzungen und über die postmortalen Veränderungen der Haare in forensischer Beziehung. Von Dr. med. Walter Röttger. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Band 44, Heft 3 und 4.

Das Haar kann wie jeder andere Körperteil Riß-, Schnitt- und Quetschwunden aufweisen und ist wegen seiner chemischen und physikalischen Eigenschaften imstande, diese Wunden sehr lange Zeit unverändert zu bewahren. Die Verwesung der Haare hängt nicht nur von Zeitdauer, Temperatur, Feuchtigkeit und Umgebung, sondern auch von individuellen Verhältnissen ab; die Kopfhaare halten sich am längsten, dunkle Haare länger als blonde, Haare von Erwachsenen länger als die von Kindern. Unter günstigen Umständen können sich Haare durch Jahrtausende fast unverändert erhalten.

Der mit recht instruktiven Illustrationen ausgestattete Aufsatz gibt dem Gerichtsarzt merkenswerte Fingerzeige. Dr. v. Mach-Bromberg.

Ueber Herrichtung von Röntgenabzügen. Von Oberstabsarzt Dr. Glogau. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1912, Heft 10.

Röntgenabzüge, die sich in Renten- und Unfallakten befinden, werden sehr bald zerkratzt, geknickt, durchbrochen, so daß auf ihnen so gut wie nichts mehr zu erkennen ist. Gloglau empfiehlt, die auf festem Bromarytpapier hergestellten Abzüge in Streifen von höchstens 10 cm Breite zu zerschneiden und die Streifen auf der Rückseite so mit Leinewandstreifen zusammenzukleben, daß zwischen den Streifen ein etwa ½ mm breiter Spalt bleibt. So läßt sich das Bild zusammenklappen; zwischen die Bildflächen kommt Seidenpapier und das Bild wird in ein leicht herzustellendes, mit Heftrand versehenes Futteral gelegt.

Ein anderes Verfahren, das unter Umständen Vorzüge hat, ist folgendes: Von großen Röntgenplatten (Negativen), die im Plattenschaukasten belichtet werden, werden durch direktes Abphotographieren auf Bromarytpapier verkleinerte Positive hergestellt, auf denen Helligkeitsunterschiede viel deutlicher als auf den gewöhnlichen Abzügen zu erkennen sein sollen.

Dr. Bernstein-Allenstein.

B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

a) Icterus catarrhalis.

Ueber das Auftreten von Icterus catarrhalis epidemicus im Reg.-Bezirk Stade. Von Reg.- und Med.-Rat Dr. Krohne in Oppeln. Klinisches Jahrbuch; 1911, Bd. 25, H. 3.

Durch vier Erkrankungen im eigenen Haushalt an Icterus wurde die Aufmerksamkeit des Verfassers auf das Bestehen einer epidemischen Verbreitung der Krankheit gelenkt. Er ermittelte durch Fragebogen insgesamt 58 Fälle für die Zeit von Mai 1908 bis April 1909. Wahrscheinlich war die Zahl der Erkrankungen noch sehr viel höher, ohne daß jedoch die Fälle zur Anzeige kamen.

Besonders befallen war das jugendliche Alter (ca. 80 %) mit vorwiegender Beteiligung des weiblichen Geschlechts. Im allgemeinen waren die einzelnen Fälle zeitlich und räumlich zusammengedrängt. Häufig kamen mehrere Fälle in einer Familie vor. Die bakteriologische Untersuchung der Abgänge hatte ein negatives Resultat. Aetiologisch kamen atmosphärische und klimatische Momente, verbunden mit tellurischen Einflüssen (Marschboden) in Betracht. Auch die Verbreitung der bisher beobachteten Epidemien, die vielfach Küstengegenden betrafen, sprechen für den Einfluß tellurischer Momente.

Dr. Dohrn-Hannover.

b) Parotitis epidemica.

Beobachtungen über Parotitis epidemica mit Komplikationen von seiten des Pankreas. Von Dr. Ernst Freund-Wien. Wiener Medizinische Wochenschrift; 1911, Nr. 49.

Verfasser hatte Gelegenheit eine Epidemie von mehreren Hundert Fällen zu beobachten. Darunter befanden sich auch einzelne Erwachsene. Säuglinge und ganz kleine Kinder erkrankten nicht. Reinfektionen oder Rezidive schienen vorzukommen. Die Epidemie verbreitete sich langsam von Ort zu Ort durch Kontakt. Die Inkubationszeit betrug acht Tage.

Außer der Ohrspeicheldrüse schwoll auch die Submaxillardrüse in mehreren Fällen und die Sublingualdrüse in einem Falle an.

In acht Fällen machten sich aber Erscheinungen bemerkbar, die nur durch eine Erkrankung der Bauchspeicheldrüse erklärt werden konnten. Gewöhnlich traten im Verlauf der Parotitis epidemica am dritten oder vierten Tage unter Fiebererscheinungen Schmerzen im Bauch, heftiges Erbrechen, Appetitlosigkeit, Stuhlverhaltung, Abgeschlagenheit und eine ziemlich umschriebene Druckschmerzhaftigkeit zwischen Nabel und Schwertfortsatz auf. Die Erscheinungen hielten drei bis acht Tage an. Die Kranken kamen sehr herunter. Die Infektion des Pankreas dürfte, nach Ansicht des Verfassers, vom Verdauungskanal her erfolgen. Seine Beobachtungen werden von anderer Seite bestätigt.

Dr. Kurpjuweit-Swinemünde.

---

c) Krebs und Lupus.

Krebs und Beruf. Von Dr. Prinzing-Ulm. Archiv für soz. Hygiene; Bd. VII, H. 1.

Zu den eigentlichen Berufskrebsen gehört der Schornsteinfegerkrebs, ein Epithelialkrebs des Skrotums, der infolge der chronischen Reizung durch Steinkohlenruß und der darin enthaltenen ätzenden Stoffe auftritt. Jedes Lebensalter wird von ihm in gleicher Weise bedroht. Aehnliche Krebse werden bei Petroleumraffineuren, bei Teer- und Paraffinarbeitern auch an den Händen, Armen und Beinen beobachtet. Neuerdings wurde mehrfach der Röntgenkrebs beobachtet. Endlich wäre noch der bösartigen Blasentumoren, die bei Anilinarbeitern beobachtet werden, zu gedenken. Sieht man von den letztgenannten Krebsen ab, die als eigentliche Berufskrebse zu bezeichnen sind, so ist wenig über den Einfluß des Berufes auf die Erkrankung an Krebs bekannt. Das geht aus dieser Untersuchung mit Sicherheit hervor, daß die Krebssterblichkeit bei der Landwirtschaft nicht höher ist als bei der übrigen Bevölkerung, wahrscheinlich niedriger. Die Bergleute und die Arbeiter in Steinbrüchen haben eine kleine Krebssterblichkeit. Die Erwerbstätigen bei der Herstellung und dem Verkauf alkoholischer Getränke, überhaupt bei den Berufen, bei denen der Alkoholismus häufig ist, haben hohe Krebszahlen. Aus dem Vorherrschen eines bestimmten Berufs in einem Gebiet darf auf eine Beeinflussung der Krebshäufigkeit desselben durch diesen Beruf nicht geschlossen werden.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Lupusbekämpfung und Nasenvorhof. Aus der k. Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Königsberg i. Pr. Von Prof. Gerber. Münch. med. Wochenschrift; 1911, Nr. 47.

Mit Rücksicht darauf, daß der Nasen- oder Gesichtslupus überhaupt größtenteils vom Naseninnern seinen Ausgang nimmt, muß der Untersuchung und Behandlung des Naseninnern bei der Lupusbekämpfung ein ganz anderer Platz eingeräumt werden als bisher. Dabei muß sich die ärztliche Aufmerksamkeit besonders auf den Nasenvorhof richten; denn hier sitzt meist der eigentliche Primäraffekt des Gesichtslupus in Form von kleinen Knötchen pp.

Verfasser bedient sich zu diesen Untersuchungen eines eigenen, im Original abgebildeten kleinen rhinendoskopischen Spiegels, obwohl ein ganz kleiner Kinder-Nasenrachenspiegel auch genügen dürfte.

Da die Diagnose des Schleimhautlupus oder Vorhoflupus sehr schwer und ihre rechtzeitige Bekämpfung sehr wichtig ist, wird auch bei Schüleruntersuchungen die Mitwirkung der Rhinologen nicht zu entbehren sein.

Dr. Waibel-Kempten.

---

d) Hautkrankheiten.

Zur Aetiologie der Impetigo und der Conjunctivitis ekzematosa (phlyktaenulosa sive lymphatica). Aus der Hautabteilung der k. k. Krankenanstalt „Rudolfstiftung" in Wien von Privatdozent Dr. Walther Pick. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 4.

Die die Impetigo nahezu ausnahmslos begleitende Pedikulose legte den Gedanken nahe, ob nicht irgendwelche ätiologischen Beziehungen zwischen beiden Erkrankungen beständen.

Es fanden sich nun in 35 Fällen von Impetigo und in allen Effloreszenzen dieser Fälle bei der Untersuchung sowohl im Inhalte von Bläschen und Pusteln, wie in dem unter Borken gewonnenen Sekrete regelmäßig Zellformen, die große Aehnlichkeit mit Entwicklungsstadien gewisser Kokzidien aufwiesen. Ihre Zahl war stets eine außerordentlich große in jedem Ausstrich; es fanden sich die verschiedensten Formen, die um so variabler erscheinen, je älter die untersuchte Effloreszenz ist. Verfasser beschreibt dann die Untersuchungsmethode und die Zellformen näher und verweist auf die im Original vorhandenen Abbildungen.

Wie in den Hauteffloreszenzen fanden sich auch in allen Fällen, wo die Hauterscheinungen von einer Conjunctivitis begleitet waren, im Sekret des Konjunktivalsackes sehr reichlich derartige Zellformen. Ebenso fanden sich bei den meisten dieser Fälle von Conjunctivitis Pediculi oder zum mindestens Niße; wo diese in geringer Zahl vorhanden waren, fanden sie sich meistens reichlicher bei den Begleitpersonen (Schwestern, Müttern usw.).

Der Versuch, durch Einbringen des Inhalts eines Impetigobläschens in den Konjunktivalsack von Kaninchen eine Conjunctivitis zu erzeugen, gelang. Ferner entstand durch Einreiben des Konjunktivalsekretes von Kaninchen auf die Vorderarmhaut des Verfassers eine Pustel mit einem entzündlichen Hofe, der sich langsam ausbreitete und am Rande weitere kleinste Pusteln entstehen ließ. Im Inhalt dieser Pusteln fanden sich neben zahlreichen Kokzidien allerdings auch Streptokokken. Endlich gelang es Verfasser auch noch in einem Schnittpräparate in der freien Leibeshöhle einer Laus analoge Formen zu finden, wie sie sich im Pustelinhalt des gleichen Falles fanden. Die große Aehnlichkeit einzelner Formen mit solchen, wie wir sie als Entwicklungsstadien gewisser Protozoen, insbesondere Kokzidien kennen, läßt es als wahrscheinlich erscheinen, daß es sich hier auch um Kokzidien handelt, doch läßt sich eine sichere Entscheidung hierüber erst fällen, wenn der Entwicklungskreis geschlossen ist.

In einem Nachtrage bemerkt Verfasser, daß es ihm bei den im Winter allerdings nur sporadisch vorkommenden Fällen von Impetigo nicht mehr gelungen ist, den Nachweis der gleichen Formen zu erbringen, trotzdem keine wesentlichen Differenzen im klinischen Bilde gegenüber den früher beobachteten Fällen bestehen. Spricht das Fehlen dieser Befunde einerseits mit Sicherheit dafür, daß es sich nicht um irgendwelche Artefakte oder Zelldegenerationsprodukte handelt, so zeigt es anderseits, daß die Impetigo nicht eine einheitliche ätiologische Gruppe darstellt; auf die Verschiedenheit der Winter- und Sommerimpetigo wurde bereits von anderer Seite hingewiesen.

Dr. Waibel-Kempten.

Ueber eine für Pedikulosis capitis charakteristische Hauterkrankung. Von Dr. Oskar Salomon, Spezialarzt für Hautkrankheiten in Koblenz a. Rh. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 4.

Verfasser macht aufmerksam auf eine Hautaffektion, welche sich meist an den Endphalangen der Finger, seltener an anderen Phalangen und in der Handfläche lokalisiert und aus Blasen besteht, die mit serösem, blutig tingiertem oder dünnflüssig eitrigem Inhalte gefüllt sind. In den 35 Fällen, die Verfasser im Laufe der Jahre konstatieren konnte, kamen ihm teils schlaffe, teils prall gespannte Blasen, bis zu Zweimarkstückgröße und einem Flüssigkeitsinhalte bis zu 4 ccm zu Gesichte. Die stete Koinzidenz mit Kopfläusen scheint auf diese Erreger hinzuweisen, wobei es vorläufig unentschieden ist, ob das schädigende Agens in einem Sekret derselben oder in ihrem Leibe enthalten ist. Es liegt nahe, dieselbe Aetiologie für das bekannte Ekzema e pediculis capitis geltend zu machen. Verfasser glaubt nicht, daß es sich bloß um eine Staphylokokkeninfektion handelt, da wir bei den zahlreichen anderen juckenden

Dermatosen, die von dem kratzenden, Staphylokokken beherbergenden Fingernagel bearbeitet werden, nicht dasselbe Krankheitsbild bilden.

Dr. Waibel-Kempten.

Ueber Trichorrhexis nodosa. Aus der mediz. Poliklinik zu Marburg. Von Privatdozent Dr. Hubner und Dr. Walter. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 8.

Anfang März v. J. fand man in der Gemeinde Steinbach-Hallenberg (Thüringen) bei einer großen Anzahl von Schulmädchen eine merkwürdige Veränderung der Haare, die für das unbewaffnete Auge noch gerade erkennbar, sich hauptsächlich in der Bildung kleinster weißer Knötchen nahe dem Ende der Haare charakterisierte und die ein normales Weiterwachsen der Haare verhinderte. Die Haarenden sahen bei den von der Krankheit befallenen Kindern wie abgesengt oder wie bestaubt aus; die Haarflechten erhielten durch das Hervorragen zahlreicher derartiger grauweißer Haarstrümpfe ein sehr unansehnliches, rauhes Aussehen.

Die Zahl der erkrankten Kinder war eine verhältnismäßig große, so daß in manchen Klassen, besonders in den unteren, fast die Hälfte aller Schülerinnen, in anderen 20—30 Prozent von der Haarkrankheit betroffen waren. Trotzdem eine eigentliche Trennung der Geschlechter in der Schule nicht stattfindet und die Kinder im allgemeinen so gesetzt sind, daß die Knaben die eine Seite, die Mädchen die andere des durch den 1 m breiten Mittelgang in zwei Teile getrennten Schulzimmers einnehmen, waren Knaben nicht von der Haarkrankheit befallen. Unter den Mädchen waren solche, deren Haare sehr sorgsam gepflegt wurden, und andere, denen man eine gewisse Vernachlässigung auf den ersten Blick ansah, in der gleichen Weise betroffen.

Beweiskräftige Anhaltspunkte für eine Uebertragung durch Nachbarschaft, Vorderleute usw. haben sich nicht ergeben.

Die mikroskopische Untersuchung des einzelnen Haares zeigte an den Stellen der Verdickung das Haar sehr stark zerfasert und zwar derart, daß die Fasern in der Mitte des Knötchens am weitesten auseinanderwichen, während sie ober- und unterhalb desselben noch zusammenhafteten. Das Bild konnte am besten mit dem zweier ineinandergesteckter Pinsel oder Besen verglichen werden. In den Fasern fanden sich vielerlei Staub- und Schmutzpartikel, aber keine Bakterien. Auch die kulturellen Untersuchungen und Tierversuche ließen einen als Erreger dieser Krankheit anzusehenden Mikroorganismus nicht nachweisen.

Nach dem ganzen Untersuchungsresultat konnte kein Zweifel darüber bestehen, daß es sich im vorliegenden Falle um jene als Trichorrhexis nodosa bekannte Haaranomalie handelte. Diese Affektion ist seit Mitte des vorigen Jahrhunderts an verschiedenen Orten beobachtet worden und zwar teils in einzelnen Fällen, teils auch in so gehäuftem Auftreten, daß man an lokale Endemien glaubte. Immerhin ist diese Haarkrankheit noch nirgends so zahlreich aufgetreten wie im vorliegenden Falle. Was nun die Aetiologie anbelangt, so kann die Trichorrhexis nodosa von Mikroorganismen erzeugt werden oder nicht. Letzteres dürfte eher der Fall sein, da es sich experimentell zeigen ließ, daß diese Krankheit ohne Mitwirkung von Bakterien durch mechanische und physikalische Maßnahmen hervorgerufen werden kann. Durch den Einfluß des häufigen Trocknens und der Seife kann man z. B. an den Haaren von Rasierpinseln häufig ähnliche Veränderungen sehen wie sie der Trichorrexis entsprechen. Ein anderes mechanisches Moment ist das Flechten der Haare zu äußerst straff in ganz enge Windungen gebundenen Zöpfen.

Wenn auch durch solche mechanische Momente Trichorrhexis nodosa entstehen kann, so muß nach Verfasser doch noch ein prädisponierendes Moment bei den einzelnen Individuen hinzukommen. Und dies glaubt er in einer angeborenen Schwäche der Haaranlage (angeborenen Dystrophie der vom äußeren Keimblatt sich herleitenden Anfangsgebilde) gefunden zu haben.

Auf dem Boden einer solchen Anlage kann bei dem Fehlen jeder rationellen Haarpflege, und vor allem durch die Malträtierung der Haare, wie sie bei dem Flechten in die engmaschigen Zöpfe durch Zerren usw. unvermeidlich ist — daher das völlige Fernbleiben der Knaben — zustande kommen.

Dr. Waibel-Kempten.

---

e. Kropf und Kretinismus.

Die Aetiologie des Kropfes und des Kretinismus. Von Dr. Adolf Kutschera, k. k. Statthaltereirat und Landessanitätsreferent in Innsbruck. Der Amtsarzt, 1911, Nr. 12.

Verfasser hat seit 1905 den Kretinismus in Steiermark eingehend studiert und hierbei die Ausweise der Schulen benutzt, in besonders schwer betroffenen Gemeinden die Schilddrüsenbehandlung von Kindern (1466) durchgeführt und die Erhebungen über Aetiologie des Kretinismus fast ausschließlich in den Wohnungen der Kretinen selbst vorgenommen. Es gibt beim Kretinismus ebenso wie bei anderen Infektionskrankheiten eine Disposition und eine Immunität. Die Disposition ist größer bei Kindern und bei Ortsfremden; sie ist häufig mit Neigung zu Poliomyelitis gepaart; sie wird erhöht durch schwächende Einflüsse (Alkoholismus, Krankheiten) und durch soziales Elend; sie ist ferner eine örtliche. Als solche betrifft sie vor allem abgeschlossene Oertlichkeiten (Gebirgstäler, Inseln). Die örtliche Disposition beruht — abgesehen von der Eigenart gewisser Volksstämme — auf der Stabilisierung der sozialen Verhältnisse infolge der Abgeschlossenheit (soziale Disposition), nicht aber auf Boden- und Wasserverhältnissen. Nicht einmal die Kropfepidemien konnten auf die Wasserversorgung zurückgeführt werden; beim Kretinismus ist dies Verfasser in keinem einzigen Falle gelungen. Durch das Abkochen des Wassers von „Kropfbrunnen" und „Kropfquellen" wird nicht ein darin enthaltenes Virus abgetötet, sondern ein kropfwidrig wirkendes Getränk gewonnen; so erklärt sich das Freibleiben von Kropf bei Menschen und Tieren, die, in Kropfgegenden lebend, ausschließlich gekochtes Wasser trinken. Nach Analogie anderer Infektionskrankheiten finden sich bei Kretinen häufig kleinste Blutaustritte als Zeichen toxischer Einflüsse. Der Kretinismus ist nur scheinbar endemisch; er zeigt, wenn man Jahrzehnte und Jahrhunderte überblickt, örtliche und zeitliche Schwankungen, wie jede echte Epidemie. Verfasser gibt hierfür klassische Beispiele. Beim Kretinismus handelt es sich vor allem um Hausepidemien. Die Beobachtung von „Kretinenhäusern" beruht nicht auf Heredität. Verfasser beobachtete mehrfach, daß die ersten Kinder einer kinderreichen Ehe normal waren, während von dem Zeitpunkte an, in dem ein Kretin ins Haus gekommen war, alle übrigen Kinder kretinisch degenerierten; er teilt noch eine Reihe gleichsinniger, überzeugender Beobachtungen mit (u. a. Infektion durch Wiegen, Kropfigwerden eines bei Kretinen aufgezogenen Hundes). Die Kontaktinfektion erscheint Verfasser beim Kretinismus ebenso gesichert, wie bei Scharlach, Blattern etc. So kann „die systematische Arbeit des Amtsarztes auch für die Klärung wichtiger medizinischer Fragen verwandt werden." Dr. Hösch-Pasing.

---

f) Tetanus.

Tetanus traumaticus mit Antitoxin Hoechst und Blutserum einer geheilten Tetanuskranken geheilt. Von Dr. Albert Wiechmann, Bahnarzt in Straßkirchen. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 4.

Verf. konnte bereits im Jahre 1910 über 2 erfolgreich mit Tetanusantitoxin Hoechst behandelte Starrkrampffälle berichten. Neuerdings bekam er wiederum 2 Fälle von Tetanus zu behandeln. Im ersten Falle handelte es sich um eine 27jährige Bauerntochter, die sich vor 14 Tagen einen Holzsplitter aus einem alten Fußbodenbrett in den linken Großzehballen stieß.

Neben gründlicher chirurg. Behandlung der Verletzung wurden im ganzen 980 Antitoxineinheiten = ca. 163,5 ccm Pferdeserum injiziert, worauf nach ca. 3 Wochen Heilung erfolgte.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein 9jähriges Mädchen, das sich vor ca. 14 Tagen einen Holzsplitter in die Ferse des rechten Fußes stieß.

Das Mädchen bekam neben chirurg. Behandlung des Verletzungsgebietes im ganzen 1125 Antitoxineinheiten = ca. 187 ccm Pferdeserum. Am 5. Tage der Behandlung wurden dem Kinde neben Antitoxin Hoechst ca. 20 ccm Serum injiziert, das von einer 1909 geheilten Patientin aus ca. 80 ccm der Armvenen steril entnommenem Blut gewonnen wurde. Die Heilung erfolgte ungefähr nach 3 Wochen.

Verf. möchte noch ausdrücklich bemerken, daß — wenn ein Erfolg zu erzielen sein soll — das Antitoxin in sehr großen Mengen verabreicht (mindestens 8 Antitoxineinheiten pro 1 kg. Körpergewicht) und möglichst lange

auch bei anfänglichem Mißerfolg oder eintretenden Rückfällen mit den Injektionen fortgefahren werden muß.

Eine Gefahr droht weder aus dem einverleibten Antitoxin, noch aus etwa auftretender Ueberempfindlichkeit, gegen die man, wie es Verf. zu tun pflegt, vom 5. Tage ab, d. i. nach Ablauf der Inkubation der sog. Serumkrankheit, stets Chlorcalcium innerlich verabreicht. Dr. Waibel-Kempten.

---

g. Zoonosen.

α. Milzbrand.

Zur Klinik und Therapie des äußeren Milzbrandes. Von Marinestabsarzt Dr. H. Wolff und Oberarzt Wiewiorowski, kommandiert zur chirurgischen Klinik in Breslau. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 52.

Verfasser besprechen zunächst die bisher übliche, teils erfolgreiche, teils erfolglose Milzbrandbehandlung mittels Inzision, Exzision, Aetzung, Kauterisation, Injektion von stark desinfizierenden Lösungen, Bierscher Stauung, Anwendung von Serum (Sklawosches und Sobernheimsches Serum), konservativer Behandlung usw. Alsdann berichten sie unter Mitteilung von Krankengeschichten und einzelnen Obduktionsbefunden über die an der Breslauer Klinik seit 1900 beobachteten 13 Fälle von Milzbrand und kommen auf Grund ihrer Beobachtungen und Erfahrungen zu dem Schlußergebnisse, daß man sich durchaus befürwortend für die konservative Behandlung aussprechen könne, wie sie zur Zeit auf der Breslauer Klinik durch absolute Ruhigstellung, eventuell Suspension der erkrankten Körperpartie mit Anwendung von Borsalbenverbänden geübt wird. Dr. Waibel-Kempten.

Zur Behandlung des Milzbrandes. Aus der II. chirurg. Abteilung des allgem. Krankenhauses Hamburg-Eppendorf. Von Dr. Georg Becker, z. Z. chirurg. Sekundärarzt des Stadtkrankenhauses in Plauen i. V. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 4.

Verfasser tritt entgegen der Barlachschen energischen Behandlung der Pustula maligna für die von v. Bramann empfohlene konservative Behandlung ein, die hauptsächlich in strenger Bettruhe, Bedeckung der Pustel mit Alkoholverband, reichlicher innerlicher Alkoholdarreichung und in Borsalbenverbänden bei beginnender Demarkierung des Schorfes besteht.

In einer übersichtlichen Tabelle stellt Verfasser die konservativ behandelten Fälle mit den Resultaten zusammen und macht in seiner Abhandlung eindringlich darauf aufmerksam, wie wichtig für Behandlung und Prognose der Blutbefund ist.

Auf Grund eines in jünster Zeit beobachteten Falles und auf Grund der Mitteilungen anderer Autoren möchte Verfasser nunmehr für die von Koelsch empfohlene Serumbehandlung des Milzbrandes eintreten, zumal da sie, wie keine andere Behandlungsmethode unserer heutigen Auffassung des Milzbrandes als einer allgemeinen Infektionskrankheit entspricht. Dr. Waibel-Kempten.

Milzbrand und Salvarsan. Von Dr. Gustav Schuster, Assistenzarzt der inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses zu Plauen i. V. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 7.

Bekanntlich hat G. Becker im Vorjahre über einen Fall von Milzbrandsepsis beim Menschen berichtet, der nach einer einmaligen intravenösen Salvarsaninfusion von 0,6 g gesund wurde.

Auf diesen Fall hin stellte Verfasser Tierversuche an, um zu entscheiden, ob das Salvarsan überhaupt imstande ist, die durch Milzbrandbacillus im Tierkörper hervorgerufene Erkrankung zu beeinflussen und in welchem Sinne. Nach eingehender Darlegung der Versuchsmethode und Versuchsreihen faßt Verfasser seine Ergebnisse dahin zusammen, daß die bisherigen Tierversuche bei sicherem Ausschluß von Versuchsfehlern und bei Aufstellung aller Kontrollen ergeben haben, daß Salvarsan in einer Menge von 0,04 g pro Kilo Tier imstande ist, Kaninchen mit sonst sicher tödlicher Milzbrandinfektion zu retten.

Trotzdem es Verfasser nicht wagt, zu entscheiden, ob in dem Falle von

Becker das Salvarsan eine heilende Wirkung gehabt hat, glaubt er doch, daß man auf Grund seiner Tierversuche verpflichtet ist, in Zukunft bei schweren Milzbrandfällen beim Menschen Salvarsan zu geben.

Dr. Waibel-Kempten.

β. Wutkrankheit.

Bericht über die Tätigkeit der Wutschutz-Abteilung am Hygienischen Institut der Universität Breslau vom 1. April 1909 bis 31. März 1910. Von Prof. Dr. Bruno Heymann. Klinisches Jahrbuch; 1911, Bd. 25, H. 4.

Es wurden insgesamt 176 Personen behandelt, von denen 3 nach ihrer Entlassung starben. Bei 61,9 % der Behandelten wurde Tollwut des Tieres durch Untersuchung des Gehirns auf der Wutschutzabteilung festgestellt.

Nur 78 Personen kamen innerhalb der ersten 3 Tage nach der Verletzung zur Behandlung. Wenn auch gegen früher eine Besserung in dieser Hinsicht eingetreten ist, so kann nur immer wieder darauf hingewiesen werden, daß die unverzügliche Aufnahme der Schutzimpfungen dringend notwendig ist.

Dr. Dohrn-Hannover.

Ueber die Wutkrankheit. Von Hofrat Prof. Dr. R. Paltauf-Wien. Oestr. Vierteljahrsschrift für Gesundheitspflege; 1911, H. 4.

Der Verfasser berichtet über die Erfahrungen an dem Wiener Institut, die von großem Interesse sind, und macht auf die schon häufig gemachte Beobachtung aufmerksam, daß oft nur eine minimale Verletzung der Haut oder Schleimhaut der Infektion vorausgegangen ist, die womöglich in Vergessenheit geraten ist. Die Immunität tritt erst 2—3 Wochen nach der Schutzimpfung ein; der Nachweis der Negrischen Körperchen erleichtert die Diagnose ungemein. Die hohe Mortalität steht im grellen Gegensatz zur geringen Empfänglichkeit. — Der Verfasser erörtert dann Krankheitserscheinungen, die nach der Schutzimpfung aufzutreten pflegen, aber nicht als Wuterkrankungen aufzufassen sind. Der Pasteurschen Methode haften leider noch Mängel an; sie schützt nicht oder sehr unvollkommen die Fälle mit kurzer Inkubation, sie schützt auch in einzelnen Fällen mangelhaft, denn es kann noch nach einem Jahr zur Erkrankung kommen. Es ist daher begreiflich, daß man seit Jahren trachtet, die Methode zu verbessern. Die Serumtherapie hat keine Chance. Wenn man auch eine prophylaktische Behandlung der Wut besitzt, so sollte man trotzdem, zudem sie keinen absoluten Schutz gewährt, die wirkliche Prophylaxis der Krankheit, ihre Bekämpfung überhaupt, nicht außer acht lassen. Eine der bewährtesten Maßregeln ist der Maulkorbzwang und das Einfangen und Vertilgen der frei herumlaufenden Hunde. Jede andere Ueberwachung ist wertlos.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

γ. Trichinose und Bandwurmkrankheit.

Beobachtungen über Trichinose. Von Kreisarzt Dr. Huebner in Posen. Klinisches Jahrbuch; 1911, Bd. 25, H. 4.

Die Resultate der Untersuchungen, die Verfasser an einigen Fällen von Trichinose anstellen konnte, sind folgende:

1. Das Infektionsobjekt der erkrankten Familie, ein Ferkel, hat seine Trichinose von den Ratten des Stalles erworben, unter denen eine alte Trichinose herrschte.

2. Das von Stäubli angegebene Verfahren des Nachweises von Trichinenembryonen im menschlichen Blute ist zur Diagnose geeignet; es ist vom 8. Tage nach der Infektion an verwendbar und bietet die meiste Aussicht auf Erfolg in der Zeit vom 8. bis 14. Tage. Je weiter sich der Untersuchungstermin vom 14. Tage entfernt, desto geringer sind die Aussichten, Embryonen im Blute anzutreffen. Jenseits der 4. Woche sind sie gleich Null.

3. Die Eosinophilie bei Trichinose ist überaus charakteristisch und kann sich nach Ueberstehen der Krankheit noch monatelang erhalten.

4. Sowohl die Diazoreaktion, als fehlende Patellarreflexe und Kernigsches Symptom sind keine konstanten Zeichen der Trichinose, auch nicht bei schweren Fällen.

Dr. Dohrn-Hannover.

Ueber Bandwurmkuren und Filixpräparate. Von Prof. A. Jaquet in Basel. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 48.

Zur Vermeidung von Intoxikationen kommt es nach Verfassers Meinung weniger auf die Technik der Bandwurmkur, als auf den Besitz eines genau definierten gleichmäßig wirkenden und dementsprechend dosierbaren Präparates an. Als ein solches scheint das aus dem Filixextrakt gewonnene Filmaron bezeichnet werden zu können. Die pharmakologische und klinische Prüfung des neuen Mittels ergab, daß es ausgesprochene anthelminthische Eigenschaften besitzt und nennenswerte Nebenerscheinungen in der Regel nicht verursacht. Vor dem Filixextrakt hat es den Vorzug der Beständigkeit und leichteren Dosierbarkeit. Die bisher verwendeten Dosen von 0,7—1,0 g oder, wie das Mittel in neuester Zeit gewöhnlich verordnet wird, von 10 g 10proz. Filmaronöls haben sich als völlig unschädlich erwiesen. Filmaron ist auch leichter einzunehmen, weil es einen besseren Geschmack hat. Verfasser glaubt sich dem Urteil Prof. Dr. Koberts anschließen zu sollen, „welcher bedauert, daß das Filmaronöl (1 T. Filmaron auf 9 T. Rizinusöl) nicht offizinell geworden ist. Das Filmaron wirkt bei Anwesenheit von kleinen Mengen Oel gerade 10mal stärker als das beste deutsche Filixextrakt; es würde als Maximaldose 10 g auch für 10proz. Filmaronöl einzuführen sein. Bei so gefährlichen Mitteln, wie das in seiner Wirkung sehr schwankende Filixextrakt eins ist, müßte es für die Allgemeinheit von Interesse sein, es durch ein konstanter wirkendes zu ersetzen.“ Dr. Waibel-Kempten.

---

g. Maul- und Klauenseuche.

Ueber Maul- und Klauenseuche. Von San.-Rat Dr. Fischer-Zehlendorf. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 1.

Verfasser beobachtete im Sommer 1911 5 Fälle von ausgesprochener Maul- und Klauenseuche bei Kindern und eine ungewöhnlich große Zahl einfacher Homacacefälle, die er als Maul- und Klauenseuche in abgeschwächter Form ansprechen möchte. Das Krankheitsbild war in 4 Fällen ein sehr schweres. Die Mutter des einen Kindes, das, wie auch die anderen, zu Anfang wiederholt erbrach, war, als sie dem Kinde nachts mit bloßen Füßen zu Hilfe eilte, dabei in das Erbrochene getreten. Sie bekam infolgedessen ein markstückgroßes, scharf umrandetes Geschwür auf der Fußsohle, das sehr schwer heilte. Die Infektion war in 3 Fällen durch Genuß von ungekochter Milch zustande gekommen, einmal durch Genuß von Schlagsahne und bei einem Fall durch Uebertragung von Mensch zu Mensch.

Verfasser weist an der Hand dieser Fälle darauf hin, daß die Maul- und Klauenseuche speziell für Kinder doch nicht so ganz unbedenklich sei, wenn der Mensch im allgemeinen auch nicht sehr empfänglich dafür sei. Auf jeden Fall dürfe in verseuchten Gegenden nur gekochte Milch genossen werden.

Rpd. jun.

---

h) Tropenkrankheiten und Tropenhygiene.

Tropenkrankheiten und Tropenhygiene in Deutsch-Westafrika. Von Dr. E. Frank-Berlin. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 12, 14, 17, 18 und 19.

I. Die Schlafkrankheit. In Kamerun bestehen 3 Seuchenherde, und zwar das Gebiet von Duala, das Flußgebiet des Nkam, nördlich von Bare und das versumpfte Flußtal des Niong, nahe Akonolinga. Erst in letzter Zeit ist es gelungen, sich darüber einen gewissen Ueberblick zu verschaffen und Maßregeln zur Bekämpfung zu ergreifen. Diese bestehen hauptsächlich in der Konzentrierung und Isolierung der Schlafkranken unter ärztlicher Aufsicht und in einem energischen Vernichtungskampf gegen die Glossina palpalis. Dieser müssen die Entwicklungsmöglichkeiten genommen werden.

In Togo ist die Krankheit trotz der bei weitem günstigeren geographischen Verhältnisse auch endemisch, jedoch hat hier die Bekämpfung schon viel energischer eingesetzt und hat schon gute Erfolge gezeitigt; die „Stechmückenverordnung“ vom 1. Juli 1910 hat viel dazu beigetragen. Die Behandlung besteht im wesentlichen aus Atoxyl- und Arsenphenylglyzininjektionen.

II. Die Pocken. Eine große Rolle spielen in Kamerun und Togo bereits die Windpocken, die aber auch hier nur eine leichte Erkrankung sind.

Die Pocken selbst sind weitverbreitet. Ihre Bekämpfung ist besonders in Kamerun äußerst schwierig. Durch Verordnung vom 22. März 1909 ist der Impfzwang eingeführt; die Impfung ist alle 5 Jahre zu wiederholen, da der Impfschutz in den Tropen kürzere Zeit anhält. Die Durchführung der Impfung ist sehr schwer, da einerseits enorme Mengen von Lymphe notwendig sind — so impfte ein Arzt im Mai 1909 allein 10000 Menschen —, anderseits wirksame Lymphe sehr schwer zu beschaffen ist. Die Lymphe verdirbt bei dem Transport ins Innere. Die besten Erfolge werden zurzeit noch mit der Tockenoder Lanolinlymphe erzielt. Die Lymphe an Ort und Stelle selbst zu erzeugen, stößt auch auf erhebliche Schwierigkeiten; es ist sehr schwer, passende Kälber zu finden; außerdem ist wegen der großen Hitze und Trockenheit der Luft die Impfung bei den Kälbern vielfach erfolglos. Schließlich ist die Ueberimpfung von Arm zu Arm wegen der großen Verbreitung der Lepra, Syphilis und Frambösie sehr gefährlich.

III. Die Malaria. Die Malaria ist außerordentlich verbreitet; die am meisten verbreiteste Form ist die tropische oder perniziöse. In der trockenen Jahreszeit ist sie sehr selten; diese dauert aber nur ein Vierteljahr, dagegen die sogenannte „Malariasaison" 3/4 Jahre. Die Prozentzahl der Parasitenträger ist eine außerordentlich hohe; so fanden sich unter 96 Personen 43. Als Folgezustand der Malaria findet sich außerordentlich häufig eine Milzschwellung, die ganz erhebliche Grade erreichen kann. Bei einem Eingeborenen ging der Tumor bis tief in die Fossa iliaca hinab. Die unangenehmste Komplikation der Malaria, das Schwarzwasserfieber, tritt in vielen Fällen auf. Die wichtigsten Bekämpfungsmittel sind die Sanierung der bewohnten Plätze und die Chininprophylaxe. Der Erfolg der ersteren ist nur gering, da bei der Regenzeit die Stagnation von Regenlöchern und damit die Entwicklung der Moskitolarven so gut wie gar nicht zu verhindern ist. Der Hauptwert ist daher auf die Chininprophylaxe zu legen, die richtig durchgeführt, wenigstens vor schwereren Erkrankungen schützt. In wenigen Fällen bewährte sich Salvarsan. Auch auf den Schiffen muß, sowie sie in die feuchte Zone kommen, die Chininprophylaxe durchgeführt werden; Verfasser hat das Unterlassen dieser Vorschrift am eigenen Leibe büßen müssen.

IV. Ruhr (Dysenterie). In beiden Schutzgebieten kommt sowohl Bazillen-, wie Amöbenruhr vor. In den Jahren 1908/09 traten speziell in Südkamerun stärkere Epidemien von Bazillenruhr auf. Die Amöben- oder Tropenruhr herrscht namentlich endemisch unter den Eingeborenen; für den Europäer ist sie hauptsächlich gefährlich, weil er viel mehr als die einheimische Bevölkerung der Gefahr des komplizierenden Leberabzesses ausgesetzt ist; hauptsächlich gefährdet sind die Alkoholiker. Mit gutem Erfolg wurde bei der Amöbenruhr das von Dr. Bernegan hergestellte „Togo-Simarula-Extrakt" angewendet. Ferner bewährte sich bei beiden Arten von Ruhr ein von Ziemann angegebenes sehr einfaches Verfahren:

„Man läßt die Kranken sofort sich zu Bett legen, verordnet heiße Umschläge auf den Leib und innerlich 1—2 Löffel Rizinusöl. Nach 5 Stunden gibt man einen gehäuften Teelöffel Karlsbader Salz auf ein großes Glas Wasser. Dies wiederholt man täglich zweimal, morgens und abends. Die Diät bleibt natürlich flüssig. Sehr oft verschwinden dabei schon am zweiten oder dritten Tage Blut und Schleim. Treten sie doch wieder auf, so gibt man zunächst Rizinusöl und beginnt die Therapie aufs neue. Bei zu häufigen, schwächenden Stühlen drei- bis fünfmal täglich 0,3 g Bism. subnitr."

V. Hautkrankheiten. Allgemeine Krankheitsstatistik.

Die Lepra gehört in Togo zu den seltenen Erkrankungen, in Kamerun dagegen ist sie äußerst verbreitet. Im tiefen Innern wurden 1863 Leprakranke gezählt, wobei noch die unabhängigen Heidenbezirke unberücksichtigt bleiben. Als Heilmittel wurde Nastin in Verbindung mit Chaumoograöl angewendet.

Außerordentlich verbreitet ist in beiden Schutzbezirken die Frambösie; in Togo befällt sie fast jeden Eingeborenen. Als ideales Spezifikum für diese Erkrankung hat sich in neuerer Zeit Salvarsan bewährt. Die Erfolge waren ebenso auffällig, wie überraschend. Von weiteren Erkrankungen, die häufiger vorkommen, sind noch zu nennen Ringwurm, Krokro, Filaria und Beriberi.

Die venerischen Erkrankungen sind außerordentlich verbreitet und zu einer richtigen Volksseuche geworden.

Von anderen Erkrankungen, die häufiger vorkommen, werden erwähnt epidemische Genickstarre, Parotiden, Lungenentzündung, akuter und chronischer Gelenkrheumatismus. Lungentuberkulose ist unter den Negern Kameruns selten, in Togo häufiger. Die Tuberkulose der Europäer nimmt meistens einen sehr ungünstigen Verlauf; es dürfen daher Leute mit beginnender oder latenter Tuberkulose auf keinen Fall in die Tropen gesandt werden.

Ein den Negern von Westafrika eigentümliches Leiden sind die Unterleibsbrüche, die zum Teil enorme Größe bis zum Knie und darüber erreichen.

Verfasser macht dann noch einige Angaben über die Erdesser, die Menschenfresser und über das Haschischrauchen, das in Kamerun nicht so selten vorkommt.

VI. Aerztliche Fürsorge. Schlußbetrachtung. Verfasser schildert die ärztliche Tätigkeit und ihre Erfolge, die viel mehr als alles andere geeignet sind, sich die Sympathien der unterworfenen Völker zu erwerben. Die Krankenhäuser und Polikliniken, speziell in Togo, wurden gern in Anspruch genommen, von weither kamen die Leute herbeigeströmt. In Lome wurden täglich 75 115 Leute poliklinisch behandelt. Die Behandlung leidet vielfach darunter, daß die Neger es nicht verstehen, daß ohne Untersuchung keine Behandlung möglich ist.

Zum Schluß führt Verfasser als Nachteil der vordringenden Zivilisation noch an, daß die Fruchtbarkeit bei den noch unberührten Völkern bedeutend größer ist, wie bei den schon von der Kultur beleckten. Rpd. jun.

Einige Worte über die Verbreitung von Pocken, Tuberkulose und Typhus in den Tropen. Von Marine-Generalarzt Prof. Dr. Reinhold Ruge. Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene; 1912, Bd. 16, Heft 1.

Die vorliegende kurze Abhandlung hat für den Medizinalbeamten besonderes Interesse, weil sie uns neues Material zur Bekämpfung der Impfgegnerschaft liefert. Die Pocken hausen in den Tropen vielfach mörderisch, solange die Bevölkerung keinen Impfschutz besitzt. Sie verschwinden da, wo die Impfung systematisch durchgeführt wird.

In Siam haben die Pocken bisher mehr Todesfälle verursacht, als Pest, Cholera, Malaria und Ruhr zusammen. Noch im Jahre 1898 erlagen in einer Provinz 75% aller Kinder unter 7 Jahren den Pocken; die wenigen Ueberlebenden waren zu Dutzenden erblindet.

In Togo starben noch 1903 1% der Bevölkerung an Pocken. Eine entsprechende Sterblichkeit in Deutschland würde einen Verlust von 640000 Menschen ergeben. 1908 09 sind aber dank der fortschreitenden Durchimpfung der Bevölkerung in Togo nur noch 2 kleinere Pockenepidemien zu verzeichnen.

Die Tuberkulose steht in vielen Tropengegenden ebenso wie bei uns an der Spitze der Volkskrankheiten. In Aegypten, wohin wir unsere Tuberkulösen zu schicken pflegen, ist sie in manchen Bezirken, besonders in den Städten, außerordentlich verbreitet. In Deutsch-Ostafrika und in Zentralafrika ist sie noch selten. Südwestafrika ist noch frei von Tuberkulose. Sie tritt jedoch in manchen Tropengegenden sehr viel verheerender auf als bei uns.

Der Typhus hat uns im südwestafrikanischen Feldzuge manche Opfer gekostet. In Indien machen die Kinder ihren Typhus so regelmäßig durch wie bei uns die Masern. Dementsprechend büßt auch die englische Armee viele Soldaten durch Typhus ein. Dr. Dohrn-Hannover.

Verdient die Chininprophylaxe den Vorzug vor dem mechanischen Malariaschutz in den Tropen? Von Privatdozent Dr. A. Trentlein in Würzburg. Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene; 1911, Nr. 23.

Die Arbeit beginnt mit der interessanten Mitteilung, daß R. Koch, der eifrigste Verfechter der Chininprophylaxe, bei seinem Aufenthalt in Afrika nicht nur die prophylaktische Anwendung von Chinin für die eigene Person verschmähte, sondern auch in der Anwendung des mechanischen Schutzes zunächst

wenig Sorgfalt walten ließ. Er wurde auch infolgedessen mit Malaria infiziert und mußte eine 6 wöchentliche Chininkur über sich ergehen lassen, die ihm schließlich Genesung brachte.

Verfasser selbst hat niemals während seines langjährigen Aufenthaltes in den Tropen Chinin genommen, sondern sich immer mit einem sehr sorgfältigen mechanischen Schutz begnügt; es ist ihm auch gelungen, sich hierdurch vor Malaria zu schützen. Die damals allgemein geübte Chininprophylaxe hielt T. deshalb für entbehrlich, weil er einmal aus den Erfahrungen der Italiener wußte, daß ein sorgfältiger mechanischer Schutz im wesentlichen vor Malaria schützt, fernerhin weil selbst die gewissenhafteste Chininprophylaxe keinen sicheren Schutz bietet. Schließlich hatte T. das Bedenken, daß vielleicht gerade durch das Chinin solche Veränderungen im menschlichen Blute hervorgerufen werden, die die natürliche Widerstandsfähigkeit gegenüber dem aufgenommenen Parasiten herabsetzen.

Um den Einfluß des Chinins zunächst auf das normale Blut zu untersuchen, gab T. drei völlig gesunden Personen Chinin. Beim Vergleich des vor und nach der Chiningabe untersuchten Blutes ließen sich im Blutbilde nach der Chininanwendung erhebliche Veränderungen feststellen, die besonders die polymorphkernigen und polynukleären Leukozyten betrafen. Dagegen waren diese Veränderungen in dem Blutbilde eines mit Chinin behandelten Malariakranken nicht zu finden. Vermutlich bleiben die Leukozyten hier verschont, weil das Chinin eine stärkere Affinität zu den Plasmodien als zu den Leukozyten besitzt und diese deshalb unverändert läßt.

Dr. Dohrn-Hannover.

Radikale Behandlung der Malaria mit einem neuen Arsen-Silberpräparat „Argentarsyl". Von Dr. Barcanovich in Triest.

Es gelang dem Verfasser mit dem aus Eisenkakodylat und Argentum colloidale im Verhältnis von 0,05 zu 10 ccm bestehenden Argentarsyl schwerste akute Malariaanfälle innerhalb 24 Stunden so vollständig zu kuppieren, daß Rezidive ausblieben. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ergibt nach Verabreichung bezw. Injektion von 10 ccm des Mittels die absolute Abwesenheit der Plasmodien, die vor der Anwendung reichlich im Blut vorhanden waren. Diese Plasmodienabwesenheit ist nicht, wie dies beim Chiningebrauch häufig der Fall ist, eine vorübergehende, sondern eine persistierende.

Dr. Waibel-Kempten.

Die Schlafkrankheit in Neu-Kamerun und die Aussichten ihrer Bekämpfung. Von Prof. Dr. Claus Schilling. Berliner klin. Wochenschrift; 1912, Nr. 1.

Die Neuerwerbungen des Deutschen Reiches im Süden und Osten des Schutzgebietes Kamerun sind in ganz besonderem Maße von der Schlafkrankheit bedroht und ihre systematische Bekämpfung erscheint gerade dort in dem flußreichen Gebiet von vornherein sehr erschwert. Immerhin glaubt Schilling, daß man auch hier durch Regelung des Verkehrs, Abholzung der Flußufer und systematische Durchsuchung der Bevölkerung nach Infizierten und ihre Behandlung wenigstens einem Weitergreifen der Seuche wird vorbeugen können.

Dr. Meinicke-Hagen i. W.

Zur medikamentösen Behandlung der künstlichen Trypanosomeninfektion (Tryp. Brucei). Von L. Brieger und M. Krause. Berliner klin. Wochenschr.; 1912, Nr. 2.

Es handelt sich um eine vorläufige Mitteilung, in der über Versuche, die Trypanosomeninfektion mit verschiedenen Chemikalien zu beeinflussen, berichtet wird.

Dr. Meinicke-Hagen i. W.

---

i. Sonstge Krankheiten (Soor).

Eine Allgemeininfektion durch einen Soorpilz. Von Dr. Reschad-Bey-Stambul. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 45.

Bei einem 35jährigen Neger bildeten sich vor 5 Jahren zuerst in der Unterkiefergegend zwei wallnußgroße harte Schwellungen, die langsam und schmerzlos wuchsen und bald mit der Haut zusammen hafteten; nach 5 Monaten

traten an beiden Unterarmen langsam wachsende, anfangs harte Schwellungen auf, die später erweichten. Sie wurden inzidiert, wobei gelber fadenziehender Eiter entleert wurde; aus dem Eiter konnte dann Verfasser einen Soor ähnlichen Pilz in Reinkultur züchten. Im Laufe der nächsten 4 Jahre traten dann 4 weitere Beulen auf, die offenbar vom Periost der Rippen ausgingen, eine weiteream rechten Oberarm; die Sonde drang beim Oeffnen bis auf das Periost des Oberarmknochens. Dann entwickelten sich am rechten Fußgelenk tuberkuloseähnliche große Heerde mit gleichzeitiger Schwellung des rechten Kniegelenkes. Auch an anderen Stellen traten kleinere Heerde auf, die wenige Tage nach der Inzision abheilten. Das Blut zeigte ständig eine Vermehrung der polynukleären Leukozyten auf etwa 18000. Fieber bestand nie; der Patient ist aber nach und nach immer magerer geworden und sah zuletzt ganz kachektisch aus.

Rpd. jun.

---

k. Desinfektion.

Desinfektionsversuche mit Formaldehyd in warmer, feuchter, bewegter Luft. Von W. v. Gonzenbach-Zürich. Desinfektion; 1912, Nr. 1

So gut die Desinfektionsmethoden mit feuchter, heißer Luft an sich sind, so haben sie für die Praxis doch den großen Nachteil, daß sie sehr viel Zeit in Anspruch nehmen. Man suchte deshalb durch Zufügen eines gasförmigen Desinficiens rascher zum Ziele zu gelangen. Da kommt neben dem Alkohol vor allem der Formaldehyd in Betracht. Ein anderer Weg, den Formaldehyd zur Tiefenwirkung zu zwingen, ist die Einwirkung im luftverdünnten Raum. Der nach diesem Prinzip konstruierte Rubner-Apparat leistet Vorzügliches. Er ist schon an vielen Orten eingeführt und wird wahrscheinlich die bisher gebräuchlichen Dampfdesinfektionsapparate in den Desinfektionsanstalten verdrängen. Leider sind die Kosten solcher Apparate recht erhebliche, auch erfordert ihre Bedienung besondere Sorgfalt, so daß ihre Verwendung nur auf größere Krankenhäuser und städtische Desinfektionsanstalten beschränkt bleibt. Für kleinere Gemeinwesen und Krankenhäuser, in denen Infektionskrankheiten relativ selten vorkommen, besteht nach wie vor das Bedürfnis nach einer einfachen, möglichst wenig kostspieligen und leicht zu handhabenden Methode einer sicheren Desinfektion von Gegenständen, die, wie Kleider-, Leder- und Gummiwaren, Bettzeug usw., nicht ohne Beschädigung im strömenden Dampf desinfiziert werden können. Auf Grund der vorliegenden Erfahrungen suchte Verfassenr eine Desinfektionsmethode zu finden, die mit nicht zu teuren Apparaten unter Verwendung von Formaldehyd in Verbindung mit Feuchtigkeit und hoher Temperatur in möglichst kurzer Zeit eine für die Praxis ausreichende Wirkung ergeben sollte. Nachdem viele Vorversuche dargetan hatten, daß es möglich ist, bei hoher Temperatur und Luftfeuchtigkeit mit Formaldehyddämpfen eine erhebliche Tiefenwirkung zu erzielen, ging Verf. daran, an einem besonders konstruierten Schrank eine für die Praxis brauchbare Desinfektionsmethode auszuarbeiten. Dieser Schrank mußte folgende Bedingungen erfüllen: 1. Genügende Größe, um Kleider, Bettzeug. eventuell ganze Matratzen darin unterbringen zu können. 2. Zweckentsprechende Heizvorrichtung. Der Schrank soll in kurzer Zeit auf die nötige Temperatur erwärmt werden können. 3. Möglichst gut isolierte Wände zur Vermeidung von Kondensation der Dämpfe. 4. Genügende Luftzirkulation, die eine gleichmäßige Verteilung der Dämpfe und damit eine Erleichterung der Tiefenwirkung garantiert. Die Firma Hausmann, A.-G., St. Gallen, konstruierte einen doppelwandigen Schrank von Eisenblech. Seine Innenmaße betragen: Höhe: 1,5 m, Breite: 1,2 m, Tiefe: 80 cm, Kubikinhalt: 1,44 cbm. Die Außenwand ist 4 cm von der Innenwand entfernt. Für die Desinfektionspraxis läßt sich also in vielen Fällen an Stelle des strömenden und des gespannten Wasserdampfes oder eines Vakuumapparates ein einfacher Apparat anwenden, der auf dem Prinzip der Einwirkung von Formaldehyd bei hoher Temperatur und Feuchtigkeit in bewegter Luft beruht.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

In welcher Lösung tötet wässeriger Alkohol allein oder in Verbindung mit anderen desinfizierenden Mitteln Entzündungs- oder Eiterungserreger am schnellsten ab? Von Alfred Beyer, Assistent am hygienischen Institut in Kiel. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 70, H. 2.

Der 70%ige Alkohol übertrifft an bakterizider Kraft alle anderen Konzentrationen; er wirkt beinahe 30 mal stärker als 60%iger und 40 mal stärker als 80%iger Alkohol. Alkohole unter 60% und über 80% sind für praktische Desinfektionen zwecklos. Jodalkohol übertrifft alle anderen Desinfektionen an bakterizider Kraft und tötet selbst Milzbrandsporen innerhalb 1 Minute. Chlormetakresolhaltiger Alkohol ergab auch sehr gute bakterizide Werte. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Ueber die Desinfestionswirkung des Izals. Von Dr. F. Croner und Dr. Saisawa-Berlin. Desinfektion; 1911, Nr. 12.

Ein wesentlicher Unterschied in der Wirkung des „technischen" und des „Medico-Izals" wurde nicht beobachtet.

In eiweißfreien bezw. -armen, wässerigen Lösungen ist die Wirkung des Izals eine sehr hohe; es bewirkt Abtötung der als Testmaterial benutzten Bakterien in derselben Zeit wie eine 6—10fach stärkere Phenollösung. Es wirkt hier auch stärker als o-Kresol und Lysol.

In eiweißhaltigen Lösungen sinkt die Wirkung des Izals beträchtlich, übersteigt aber in den angewandten Konzentrationen noch immer die Wirkung des Phenols.

Angetrockneten Staphylokokken und Bact. coli gegenüber war eine Ueberlegenheit des Izals gegenüber Phenol, o-Kresol und Lysol nicht zu beobachten, dagegen erwies es sich von guter bakterizider Kraft gegenüber Milzbrandsporen, die an Seidenfäden angetrocknet waren.

Von nicht zu unterschätzender Bedeutung scheint die Anwendung des Izals zur Unschädlichmachung von tuberkulösem Sputum zu sein, da es sich dem Phenol, das bisher zu den am sichersten wirkenden chemischen Mitteln dieser Art gehörte, beträchtlich überlegen zeigte.

Zur Sterilisierung von Stuhl dürfte sich nach den Untersuchungen das Izal nicht empfehlen.

Wegen seiner geringen Giftigkeit scheint das Izal für viele medizinische Zwecke, bei denen Phenolpräparate am Platze sind, Anwendung finden zu dürfen.

Unangenehme Eigenschaften des Izals sind sein nicht besonders angenehmer Geruch, die Undurchsichtigkeit selbst stark verdünnter Lösungen und seine Neigung, sich zu entmischen. Der ursprünglich in Aussicht genommene Preis von M. 3,00 pro Kilogramm müßte beträchtlich herabgesetzt werden.

Zur Desinfektion von Gebrauchsgegenständen, bei denen sich die Bakterien in angetrocknetem Zustand befinden, dürften etwa 2—2½%ige Lösungen am Platze sein; für die von tuberkulösem Sputum dürfte man bei 12stündiger Einwirkung mit denselben Konzentrationen auskommen. Wie stark man Izal zur Wundbehandlung anzuwenden hat, wagen die Verfasser aus ihren Untersuchungen nicht zu entscheiden. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber einen neuen Sputum- und Spucknapfdesinfektor. Von Dr H. Philippi, Chefarzt des internationalen Sanatoriums A. A., Davosdorf Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 12.

Seit Jahren strebt Verfasser die Konstruktion eines Desinfektionsapparates an, der sowohl die Sterilisation des Sputums und der Spucknäpfe, als auch die mechanische Reinigung der letzteren übernehmen könne.

Die mit dem von der Firma Hausmann, St. Gallen gefertigten, im Original abgebildeten und genau beschriebenen Apparat angestellten Versuche haben ergeben, daß 1. das Sputum sicher desinfiziert wird, indem sämtliche Bakterien getötet werden, 2. die Spuckgefäße sterilisiert und 3. zu gleicher Zeit automatisch mechanisch gründlich gereinigt, gespült und getrocknet werden. Die Bedienung des Apparats ist weder ekelerregend noch gefährlich; der Betrieb ist vollkommen gefahrlos, rasch, billig und einfach. Die Aufstellung des Apparats bietet keine Schwierigkeiten; auch ein ungeübter Arbeiter kann den Apparat leicht verstehen und handhaben. Es kann mit einem Apparat der Bedarf großer Anstalten leicht bewältigt werden.

Dr. Waibel-Kempten.

Noch eine kurze Bemerkung über unser öffentliches Desinfektionsverfahren. Von Julius Ritter. Berliner klin. Wochenschrift; 1912, Nr. 4.

Auf Grund eigener persönlicher Erfahrungen rügt der Verf., daß Desinfektionen namentlich in Epidemiezeiten, in denen naturgemäß die ausführenden Organe überlastet sind, manchmal erst nach mehreren Tagen ausgeführt werden. Ein derartiges Beispiel wird angeführt. Verspätete Desinfektionen werden aber — darin ist dem Verf. unbedingt zuzustimmen — vielfach ihren Zweck verfehlen. Auch wenn hervorgehoben wird, daß wir ein ideales, schnelles und absolut sicheres Desinfektionsverfahren noch nicht haben, wird man ihm Recht geben müssen. „Also bleibt weiterhin der Wunsch nach einem schnelleren Desinfektionsverfahren und die Hoffnung auf ein völlig sicher funktionierendes Verfahren bestehen." Dr. Meinicke-Hagen i. W.

Besprechungen.

Dr. Granier: Lehrbuch für Heilgehilfen und Masseure, Krankenpfleger und Bademeister. 7. Auflage, bearbeitet von Oberstabsarzt a. D. Dr. E. Hüttig, Kgl. Kreisarzt in Berlin. Mit 89 Abbildungen. Berlin 1911. Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz. Groß: 8°, 240 Seiten. Preis: geb. 6 M.

Die 7. von Hüttig neu bearbeitete Auflage des Granierschen Lehrbuches für Heilgehilfen, Masseure, Krankenpfleger und Bademeister weist eine Reihe von Aenderungen, Streichungen und Zusätzen auf, die durchweg Verbesserungen sind. Wir begrüßen z. B. als Vorzug die Einschaltung einer Schilderung über die Tätigkeit des Zentralnervensystems und der Sinneswerkzeuge; darüber Bescheid zu wissen, ist für die Krankenpfleger unbedingt erforderlich. Auch die ausführlichere und präzisere Besprechung, wie das Durchliegen zu verhüten ist, wie die Instrumente zum Schröpfen und Katheterisieren zu desinfizieren sind usw., ist durchaus am Platze. Die Abbildung der gebräuchlichen Zahnzangen mit den gegebenen Erläuterungen ist sehr instruktiv. Die Desinfektion jeder Zahnzange vor jedem Gebrauch hätte auch noch mehr unterstrichen werden können.

Aus eigener jahrelanger Erfahrung kann das Lehrbuch zum Unterricht in der Krankenpflege aufs wärmste empfohlen werden; jede Krankenhausbibliothek sollte es seinem männlichen Krankenpflegepersonal zur Verfügung stellen. Dr. Roepke-Melsungen.

Dr. Hilgermann, Kreisarzt und Vorsteher des Kgl. Medizinaluntersuchungsamtes in Koblenz: **Leitfaden für Desinfektoren und Krankenpflegepersonal.** Jena 1912. Verlag von Gustav Fischer. Kl. 8°, 75 S. Preis: 1,20 M., geb. 1,70 M.

Ein trefflicher Leitfaden, schlicht und klar und um so beachtenswerter weil er die u. E. wichtigste fortlaufende Desinfektion am Krankenbett ausführlich, und zwar allgemein und speziell wie die häufigsten Infektionskrankheiten, berücksichtigt. Deshalb kann die Anschaffung des Leitfadens auch Krankenpflegepersonen, insbesondere solchen empfohlen werden, die als Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger neuerdings in größerem Umfange in der Desinfektion ausgebildet werden sollen (Gemeindeschwestern, Sanitätsmannschaften vom Roten Kreuz).

Besonders erfreut war Referent über die Ablehnung der Sublimatlösung für die Desinfektion des tuberkelbazillenhaltigen Sputums; Hilgermann stützt den vom Referenten seit einem Jahrzehnt vertretenen Standpunkt, daß die Sublimatlösung — je stärker um so sicherer — den Tuberkulosebacillus vor der Abtötung schützt. H. empfiehlt für die Desinfektion des Auswurfs außer Verbrennen oder Auskochen im Kirchnerschen Desinfektionsapparat eine 5 proz. Lysollösung oder, wenn der Kranke den Geruch des Lysols nicht verträgt, was auf die Dauer stets der Fall ist, eine 10 prozentige Lysoformlösung. Letzterer ist aus Gründen der Sparsamkeit und erhöhter bakterizider Wirkung eine 5 proz. Rohlysoformlösung vorzuziehen. Ferner möchte sich Referent den Hinweis erlauben, daß das Auskochen der in Wäschebeuteln gesammelten Leibwäsche Tuberkulöser nicht immer angängig ist, weil viele Wäschestücke, namentlich in den ärmeren Volksschichten, das Auskochen nicht

ohne Nachteil vertragen. Wir sind auch da auf 24stündiges Einweichen in 2proz. Rohlysoformlösung angewiesen.

Den verschiedenen Methoden über Schrank-, Schluß-, Scheuer-, Formalin- und Wasserdampfdesinfektion folgen Abschnitte über die Entseuchung von Droschken, Krankenwagen, Krankentragen, Brunnen, Schiffen und Flößen und über die Ausrüstung des Desinfektors Eine kurze Anweisung über Entnahme und Versendung des Untersuchungsmaterial bildet den Schluß.

Wir möchten diesen Leitfaden in den Händen jedes Arztes wissen. Jeder Medizinalpraktikant sollte ihn von dem Krankenhausleiter zum Studium ausgehändigt bekommen und nachweisen, daß er den Inhalt in sich aufgenommen hat. Dann wären wir in der Praxis und in den wirklichen Erfolgen der Desinfektion bald weiter. Dr. Roepke-Melsungen.

Dr. M. Christian, Oberarzt, komm. zum Kgl. Institut für Infektionskrankheiten Robert Koch in Berlin: **Desinfektion.** Leipzig 1911. G. J. Göschensche Verlagsbuchhandlung. Taschenbuchformat, 126 S. Preis: geb. 80 Pfg.

Um die Desinfektion dem Verständnis des Laien näher zu bringen und sie populär zu machen, stellt der Autor in dem vorliegenden Bändchen der Sammlung Göschen die Probleme der Desinfektion so dar, daß jeder gebildete Leser einen Ueberblick über die Aufgaben und Möglichkeiten der Desinfektion sowie über diejenigen Umstände erhält, die dem vollen Erfolge hindernd im Wege stehen. Außerdem soll das Schriftchen den Beteiligten in den Stand setzen, desinfektorische Maßnahmen zu beurteilen und gegebenenfalls auf ihre Zweckmäßigkeit zu kontrollieren. Die erste Absicht ist löblich, die zweite zum mindesten bedenklich. Dr. Roepke-Melsungen.

Geh. Med.-Rat Dr. Hensgen, Kreisarzt in Siegen: **Leitfaden für Desinfektoren.** Anleitung zur Vernichtung und Beseitigung der Ansteckungsstoffe. Herausgegeben im amtlichen Auftrage. III. vermehrte und veränderte Auflage. Berlin 1911. Verlag von Richard Schoetz. Kl. 8°, 108 S.

Der vorliegende Leitfaden, der eigentlich für die Desinfektoren des Regierungbezirkes Arnsberg bestimmt ist, berücksichtigt nicht nur die dortigen speziellen Vorschriften, sondern legt den Hauptwert auf die allgemein gültigen Bestimmungen der Seuchengesetzgebung und gibt Anleitungen, die auf alle Verhältnisse passen. Da in ihm zugleich die neuesten Bestimmungen und die neuesten Erfahrungen der Wissenschaft Berücksichtigung gefunden haben, so kann seine Anschaffung den Desinfektoren nur empfohlen werden.

Rpd. jun.

Oberinspektor Wollesky, Instruktor an der Landesdesinfektorenschule für das Königreich Sachsen: **Merkbuch für Desinfektoren.** Für den Gebrauch in der Praxis. Deutscher Verlag für Volkswohlfahrt G. m. b. H. Berlin 1911. Kl. 8°; 92 S. Preis: geb. 1,20 M.

Das kleine Werkchen ist aus den Erfahrungen entsprungen, die der Verfasser bei der Ausbildung und dem Unterricht der Desinfektorenschüler der Desinfektorenschule für das Königreich Sachsen schöpfen konnte. Es soll kein Lehrbuch sein, sondern soll Gelegenheit geben, jederzeit als fester Anhalt für die praktische Ausführung der Desinfektionsarbeiten zu dienen. Klar und einfach verständlich geschrieben, dabei solide und praktisch, mit einem seitlichen Klaviaturregister versehen, bringt es alles, was ein Desinfektor wissen muß, so daß es sicherlich sich bald, und zwar nicht nur in Sachsen einführen wird.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Tagesnachrichten.

Aus dem preussischen Landtage. In der Sitzung des preußischen **Herrenhauses** am 20. Mai d. J. wurden auch, wie wir nachträglich aus dem stenographischen Bericht ersehen haben, einige das **Medizinalwesen** betreffende Fragen: **Aufhebung der Provinzialmedizinalkollegien, praktisches Jahr, Verhältnis der Aerzte zu den Krankenkassen, Medizinaluntersuchungsämter und Impffrage** erörtert. Graf v. Hutten-Czapski stellte zunächst fest, daß sich die gegen die Ueberführung der Medizinalabteilung

zum Ministerium des Innern früher von ihm selbst ausgesprochenen Bedenken in keiner Weise bewahrheitet hätten; daß sich der Herr Minister des ihm unterstellten Gebietes mit besonderer Sachkenntnis angenommen, durch die Berufung eines erfahrenen und bewährten Fachmannes an die Spitze der Medizinalabteilung einen langjähigen Wunsch der Aerzte erfüllt und sich dadurch ihr unbedingtes Vertrauen erworben habe. Der nach den Mitteilungen des Herrn Ministers in der Budgetkommission des Abgeordnetenhauses beabsichtigten Aufhebung der Medizinalkollegien will der Redner keine Thräne nachweinen, möchte aber bemerken, daß irgend ein Ersatz für sie unbedingt geschaffen werden müsse, da es doch ganz unmöglich sei, die vielen Gutachten, die diese jahraus, jahrein zu erstatten haben, der Zentralinstanz aufzubürden. Vielleicht wäre es möglich, in den Provinzialhauptstädten Fachkommissionen zu bilden, die von Fall zu Fall zusammenkommen könnten. Die vor 100 Jahren eingerichtete Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen scheint ihm aber auch reformbedürftig zu sein. Nach seiner Ansicht empfehle es sich, diesen obersten Rat des Ministers in Medizinalangelegenheiten auf eine breitere Grundlage zu stellen und aus den ersten Gelehrten der ganzen Monarchie und nicht blos wie bisher aus Autoritäten der Berliner Universität zu bilden. Die Hoffnungen, die man an die Einführung des praktischen Jahres der Mediziner geknüpft habe, seien nicht durchweg in Erfüllung gegangen. Es gebe viele Vorstände von Krankenhäusern und Anstalten, die sich der Ausbildung der jungen Aerzte nicht mit genügendem Interesse und Eifer widmen. Daraus entstehe der große Uebelstand, daß diese mit einer ungenügenden praktischen Ausbildung in ihren Beruf eintreten. Vielleicht könnte man eine Abhilfe dadurch schaffen, daß man die Zahl der Akademien für praktische Medizin wesentlich erhöhe und so den jungen Aerzten Gelegenheit gebe, sich auf ihnen auszubilden.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Waldeyer-Berlin berührt zunächst die Frage der Behandlung der weniger bemittelten Teile der Bevölkerung durch die Kassen und die ganze materielle Lage des Aerztestandes. Durch das Krankenkassengesetz sei der ärztliche Stand in eine schwierige Lage gekommen, die durch das neue Reichsversicherungsgesetz noch erhöht werde, da der Prozentsatz der Bevölkerung, der in die Kassenbehandlung kommt, beträchtlich vergrößert sei. Mit der Zeit habe sich ein Gegensatz zwischen den Aerzten und den Kassen herausgebildet, der sich fast bis zu einem Kampfeszustande gesteigert habe. Die Aerzte seien gezwungen gewesen — man müsse dies vollkommen anerkennen — zur Selbsthilfe zu greifen. Zur Wahrung ihrer Interessen sei der Leipziger Verband gebildet worden, dem 26000 Aerzte = 90% der Gesamtzahl angehören. Die Staatsregierung sollte alles vermeiden, was die materielle Lage der Aerzte in dieser Beziehung noch irgendwie verschlimmern könnte. Es sei klar, daß hier irgendwie ein Wandel geschaffen werden müsse. Es handele sich vor allem darum: Soll freie Aerztewahl oder Zwangsbehandlung sein? Es könne aber noch ein Drittes versucht werden: die Tarifeinigung zwischen den Kassen und den Aerzten oder die Schaffung von Schiedsgerichten. Die Regiernng könnte auch vielleicht, falls es zulässig sei, Minimalsätze einführen, unter die die Kassenbehandlung nicht heruntergehen dürfte. In irgend einer Weise müßte hier ein Schutz für die Aerzte eintreten; nach Ansicht des Redners würde wohl die Einrichtung der freien Aerztewahl oder die Tarifeinigung oder eine solche Minimalfestsetzung am meisten geeignet sein, den Frieden herbeizuführen. Die zwangsweise Behandlung durch Aerzte in der Weise, daß eine große Anzahl von Kranken, die zu einer Kasse gehören, gezwungen sind, einen bestimmten Arzt zu wählen, erscheine in der Tat als etwas Unwürdiges. Es sollte doch den Kranken Gelegenheit gegeben werden, den Arzt zu wählen, zu dem sie Vertrauen haben. Anderseits möchte Redner aber den Aerzten empfehlen, daß sie in ihren Schutzmaßregeln nicht zu weit gehen. Der ärztliche Stand müsse sich vor einer rein materiellen Auffassung seines Berufs hüten (Sehr gut!) und sich das Ideal seines Berufs, das ein sehr schönes und hochstehendes sei, bewahren. Redner möchte nach beiden Seiten hin seine Stimme begütigend und warnend erheben, einerseits, damit dem Aerztestande nicht die Sympathien der Bevölkerung verloren gehen, und anderseits nicht irgendwie noch weitere Maßregeln ergriffen werden, die dem Aerztestande schaden. Es sei eine hochwichtige Angelegenheit, die nicht ernst genug genommen werden könne.

Betreffs des praktischen Jahres ist Redner ebenfalls der Ansicht, daß es die daran geknüpften Erwartungen nicht erfüllt habe. Vor allen Dingen werden eine große Anzahl junger Leute, die das praktische Jahr abzulegen gezwungen sind, nicht gerade in dem besonders ausgebildet, was in dem Worte „praktisches Jahr“ liegt: in der praktischen medizinischen Tätigkeit, namentlich unter den erschwerenden Umständen der Praxis auf dem Lande und unter den Verhältnissen der ärmeren Bevölkerung. Ihre Fortbildung in großen Krankenhäusern, wo ihnen alle Hilfsmittel reichlich zu Gebote stehen, nütze ihnen für ihre künftige Praxis nicht viel. Es sollte deshalb ein Modus gefunden werden, der es ermöglicht, wirklich die Praxis, die sie alltäglich oder unter erschwerenden Umständen auszuüben haben, kennen zu lernen. Es wäre sehr gut, die Sache noch einmal gründlich zu erwägen, insbesondere wäre es gut, wenn Beratungen mit dem Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung gepflogen würden, das die Frage über das praktische Jahr bereits wiederholt in Erwägung gezogen habe.

Redner wünscht dann, daß Medizinal-Untersuchungsämter auch für die Bezirke errichtet würden, für die diese Untersuchungen noch den Universitätslaboratorien übertragen seien, da diese dadurch vielfach zu stark belastet werden. Die Medizinaluntersuchungsämter selbst müßten auch in mancher Beziehung verbessert werden, namentlich eigene, auch hygienisch musterhaft eingerichtete Gebäude erhalten und in derselben Weise wie die Universitätslaboratorien mit allem Möglichen ausgerüstet werden, damit die dort Arbeitenden unter gesundheitlichen Verhältnissen die oft sehr schwierigen und auch zum Teil gefährlichen Untersuchungen ausführen könnten.

Zum Schluß kommt Redner noch auf die Frage der Zwangsimpfung zu sprechen. Immer wieder, von Jahr zu Jahr, höre man die Gegner der Impfung Bedenken darüber erheben und darauf dringen, daß die Zwangsimpfung durchaus beseitigt werden müsse. Nach seiner Ansicht könne es nicht genug wiederholt werden, welch große Gefahren es mit sich bringt, wenn diese Anschauungen weiteren Boden gewinnen. Es dürfe ihnen in keiner Weise nachgegeben werden. Alle Gegner der Zwangsimpfung sollten einmal wirklich echte Pockenfälle sehen, wie Redner sie im französischen Kriege 1870 gesehen habe, dann würden sie von ihrer Ansicht sicherlich geheilt werden. Er könne nur dringend davor warnen, in dieser Beziehung eine laxe Praxis eintreten zu lassen (Bravo!).

Unterstaatssekretär Dr. Holtz erklärt, daß im Ministerium des Innern die Fragen, die mit dem Aerzteverband in Leipzig und mit den Differenzen zwischen ihm und den Krankenkassen zusammenhängen, mit dem allergrößten Interesse und nicht ohne Sorge verfolgt werden. Der gesunde Sinn in der Aerzteschaft und auch der gesunde Sinne auf der Gegenseite werde aber hoffentlich dazu führen, daß diese Differenzen sich in beiderseitigem Entgegenkommen beheben lassen, daß wir nicht das Schauspiel eines Kampfes haben werden, der von allen in Betracht kommenden Gesichtspunkten aus im Inlande und Auslande einen sehr üblen Eindruck machen müßte und in unserem Volks- und Wirtsschaftsleben eine schwere Schädigung herbeiführen würde. Hoffentlich werden die Bemühungen, zu einer gütlichen Einigung zu gelangen, erfolgreich sein.

Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner erwidert auf die Anfrage, betreffs Aufhebung der Provinzial-Medizinalkollegien, daß diese schon seit längerer Zeit zur Erwägung steht. Früher wichtige Glieder der Medizinalverwaltung haben sich jetzt in der Tat überlebt. Allein sie sind doch nicht ganz unentbehrlich, so daß sie nicht restlos aufgehoben werden können; es wird von ihnen seitens der Gerichte eine Reihe wichtiger Gutachten erfordert, deren die Rechtspflege auch künftig bedürfen wird. Wie diesem Bedürfnisse Rechnung zu tragen, ist zur Zeit Gegenstand der Beratung zwischen den beteiligten Ministerien. Die von dem Herrn Grafen gegebene Anregung wird dabei in Erwägung gezogen werden.

Dasselbe gilt von der Umgestaltung der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, die gleichfalls als wünschenswert empfunden wird. Die seit 1808 bestehende Institution bedarf der Umgestaltung, die vielleicht am zweckmäßigsten nach der Richtung hin erfolgen würde, daß die Deputation durch Vermehrung ihrer außerordentlichen Mit-

glieder in den Stand gesetzt würde, durch Einsetzung von Ausschüssen für verschiedene Fragen eine eingehendere Bearbeitung derselben herbeizuführen. Daß hierbei auch hervorragende Gelehrte aus der Provinz zur Mitarbeit herangezogen werden, wie Herr Graf Hutten es andeutete, ist sicherlich sehr erwägenswert.

Was das praktische Jahr der Mediziner betrifft, so haben in letzter Zeit eingehende Verhandlungen darüber geschwebt, wie es möglich sein möchte, es für die angehenden Aerzte fruchtbarer zu gestalten. Es haben sich bereits auf Ersuchen des Herrn Ministers die Herren Regierungs- und die Herren Oberpräsidenten eingehend darüber geäußert, auch hat eine Beratung der Regierungsmedizinalräte im Ministerium des Innern darüber stattgefunden. Es werden demnächst im Reichsamt des Innern darüber Beratungen stattfinden, wie auf Grund jener Vorschläge vorzugehen sein wird, um das Jahr so zu gestalten, daß es in der Tat eine Schule für das Leben der jungen Aerzte wird. Ob dazu eine Vermehrung der Akademien für praktische Medizin erforderlich oder wünschenswert sein wird, wie Herr Graf Hutten andeutete, wird eingehend zu prüfen sein.

Was die hygienischen Universitätsinstitute betrifft, die der Medizinalverwaltung bei der Durchführung der Seuchenfeststellung dienen, so ist seiner Zeit die Gründung der hygienischen Institute an den Universitäten an die Bedingung geknüpft worden, daß sie sich auch in den Dienst der Medizinalverwaltung stellen sollen. Wir können darauf auch vorläufig nicht verzichten, schon wegen der wissenschaftlichen Bedeutung der Männer, von denen sie geleitet werden. Wenn sich jedoch mit der Zeit herausstellen sollte, daß die hygienischen Universitätsinstitute durch die Erfüllung jener praktischen Aufgabe in Gefahr geraten, ihren eigenen Lehr- und Forschungszwecken nicht mehr in der nötigen Weise dienen zu können, dann wird natürlich erwogen werden müssen, in welcher Weise für sie Entlastung zu schaffen ist.

Zum Schluß dankte Redner dem Vorredner für die warme Weise, in der er für die Schutzpockenimpfung eingetreten ist. Es sei in der Tat notwendig, gegenüber dem Unverstand der Impfgegner, die neuerdings wieder in der Presse und in Volksversammlungen gegen das Impfgesetz Sturm laufen, immer und immer wieder auf die Unentbehrlichkeit und die Unschädlichkeit der Impfung hinzuweisen. Seitdem das Reichsimpfgesetz vom 8. April 1874 in Deutschland besteht, ist dieses von den Pocken so gut wie frei. Während noch im vorigen Jahre z. B. in Rußland über 140000 Menschen an den Pocken erkrankt sind, beträgt im ganzen Deutschen Reiche diese Zahl jährlich durchschnittlich nur etwa 300, die noch dazu der Mehrzahl nach aus dem Auslande eingeschleppt werden. Es müßte daher im Interesse der Gesundheit unseres Volkes aufs tiefste beklagt werden, wenn es jemals dahin kommen sollte, daß das Impfgesetz aufgehoben oder auch nur in dem Sinne abgeschwächt werden würde, wie die Impfgegner es verlangen.

Im **Abgeordnetenhause** gelangten in der Schlußsitzung am 8. d. M. zwei, die **Anlage von Apotheken** betreffende Petitionen, sowie eine solche über den Verkehr mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken zur Verhandlung. Die eine Petition betraf die Neukonzessionierung einer zweiten Apotheke in Gollnow i. Pommern, die im August 1911 ausgeschrieben war, etwa 14 Tage später, nachdem die dort befindliche Apotheke verkauft war. Der Käufer bestritt das Bedürfnis der Neuanlage und machte außerdem geltend, daß er vorher nicht gehört sei. Dem Vorbesitzer war jedoch bereits vor zwei Jahren eröffnet, daß eine Neukonzessionierung beabsichtigt sei und diese bei etwaigem Besitzwechsel oder in zwei Jahren erfolgen werde. Der Antrag des jetzigen Besitzers, die Konzessionierung zu vertagen, war von allen Instanzen abgelehnt, dem weiteren Antrag, die neue Apotheke wenigstens an einer anderen Stelle zu errichten, wo keine so große Konkurrenz für seine Apotheke zu befürchten sei, dagegen stattgegeben. In der Kommission war von den Regierungsvertretern, Geh. Reg.-Rat Dr. Sänger und Geh. Med.-Rat Frölich die Bedürfnisfrage bejaht, denn wenn auch der Rezepturumsatz in der jetzigen Apotheke, wie bei vielen Apotheken, weiter heruntergegangen sei (von 13704 auf 12863 Mark), so habe doch der Handverkauf eine große Steigerung erfahren und betrage 38000 Mark. Desgleichen habe die Bevölkerung innerhalb der letzten 10 Jahre eine

Zunahme von 8539 auf 10029 Einwohner erfahren und die Einkommensteuer eine solche um 50 %. Eine zu weitgehende Zurückhaltung in bezug auf die Vermehrung der Apotheken sei aus allgemeinen Rücksichten nicht erwünscht; sie begünstige nur den Handel mit Apotheken und deren Preissteigerung in einer zu ernsten Bedenken Anlaß gebenden Weise. Dagegen könne nur durch rechtzeitige Neukonzessionierung Abhilfe geschaffen werden. Zur Anhörung des jetzigen Inhabers habe aber keine Veranlassung vorgelegen, da der Vorbesitzer schon gehört sei. Der Berichterstatter, Abg. v. Boehn (kons.), hatte bei dem Magistrat in Gollnow und bei den ansässigen vier Aerzten angefragt, ob ein Bedürfnis für eine zweite Apotheke vorhanden sei, und auf sämtliche Anfragen eine verneinende Antwort erhalten; die Petitionskommission hatte infolgedessen beschlossen, die Petition der Regierung zur Berücksichtigung zu überweisen, zumal der jetzige Inhaber nicht zuvor gehört sei und die Apotheke in gutem Glauben gekauft habe. Im Plenum wurde letzteres von dem Regierungskommissar bestritten; dem Vorbesitzer sei die Absicht, eine zweite Apotheke nunmehr anzulegen, schon im Mai 1911 genau bekannt gewesen und sei mit ihm auch die Platzfrage endgültig besprochen; auch dem jetzigen Inhaber sei dies, wie aus einer Erklärung des Oberpräsidialrats hervorgehe, vor dem Kaufe mitgeteilt. Die Bedürfnisfrage sei sowohl von dem Landrat, als von dem Kreisarzt bejaht. Er bittet deshalb um Ablehnung des Kommissionsantrages. Der Berichterstatter erwidert hierauf, daß die Neukonzessionierung auf ganz falscher Grundlage erfolgt sei; denn der Gesamtumsatz der jetzigen Apotheke habe nur 38000 Mark betragen und nicht etwa der Handverkauf allein; das gehe auch aus dem Verkaufspreis von 250000 M. hervor, der sonst 350000 Mark betragen haben würde. Seitens des Regierungsvertreters wurde dem gegenüber betont, daß eine solche anderweitige Berechnung des Gesamtumsatzes hier zum ersten Male mitgeteilt werde, obwohl die Angelegenheit in der Kommission eingehend erörtert sei. Nach den Akten sei diese Berechnung jedenfalls nicht richtig; er stelle aber anheim, die Sache an die Kommission nochmals zurückzuweisen, um die Angabe auf ihre Richtigkeit zu prüfen. Das Plenum nahm aber gleichwohl den Kommissionsantrag einstimmig an, nachdem sich der Abg. Rosenow (freis. Volksp.) gegen eine Zurückweisung an die Kommission ausgesprochen hatte.

Die andere Petition betraf die Weiterführung einer Apotheke in Gladbeck-Brauck. Es handelte sich hier um eine Personalkonzession, deren Inhaber in Konkurs geraten war. Der Käufer von Haus und Apothekeneinrichtung hatte dann um die Konzession zur Weiterführung der Apotheke gebeten, war aber von den zuständigen Behörden abschlägig beschieden. Die Petition wurde dem Antrag der Kommission gemäß, so weit sie eine Revision der Gesetze über die Personalkonzession der Apotheken betraf, der Königlichen Staatsregierung als Material überwiesen.

Die dritte hier interessierende Petition, ausgehend vom Bezirksverein des deutschen Drogistenverbandes in Kiel, verlangte die **Aufhebung von Bestimmungen über die Regelung des Verkehrs mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken** und zwar speziell die Streichung des Abs. 4 von § 1 und des zweiten Satzes von § 8 der Ministerial-Anweisung vom 13. Januar 1910, wonach in den Räumen nur Waren vorhanden sein dürfen, die feilgehalten werden, und es verboten ist, unter Bezeichnungen, die im Deutschen Arzneibuch für Arzneimittel bestimmter Art dienen, Arzneimittel anderer Art feilzuhalten. Bei Beratung der Petition in der Kommission für Handel und Gewerbe war von den Regierungsvertretern Geh. Med.-Räten Dr. Krohne und Frölich erklärt, daß einige Abänderungen der Min.-Anweisung beabsichtigt seien, um dadurch den Wünschen der Drogisten in gewissem Sinne entgegenzukommen; an den Grundsätzen der Anweisung müsse dagegen festgehalten werden. Die Ansicht, daß diese besonders zur Wahrung der Interessen der Apotheker erlassen sei, beruhe auf einem völligen Irrtum; lediglich die bei den Revisionen der Drogenhandlungen festgestellten Mißstände und die Wahrung der gesundheitlichen Interessen der Allgemeinheit in bezug auf eine einwandfreie Arzneiversorgung hätten den Erlaß der Anweisung notwendig gemacht. Die darin festgelegten Grundsätze hätten sich auch nach den darüber von den Regierungspräsidenten neuerdings eingezogenen Berichten bewährt und müßten deshalb unverändert bleiben; nur in einigen weniger wichtigen Punkten sei eine

Aenderung in Aussicht genommen. Die Kommission beschloß, mit Rücksicht auf die bevorstehende Aenderung der Anweisung, die Petition der Regierung als Material zu überweisen. Im Plenum wurde dieser Beschluß angenommen, nachdem der Abg. Hoffmann (Soziald.) erklärt hatte, daß es dringend nötig sei, endlich mit den Apothekenprivilegien aufzuräumen und es dem Publikum zu ermöglichen, die notwendigen Medikamente billiger und leichter von den Drogisten zu kaufen.

Am 1. Juni d. J. ist im **Königreich Sachsen** ein **Landesgesundheitsamt** an Stelle des bisherigen Landes-Medizinal-Kollegiums errichtet. Nach der dafür maßgebenden Verordnung des Ministeriums des Innern vom 20. Mai 1912 (s. die Beilage Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung zur heutigen Nummer, S. 154) ist das Landesgesundheitsamt, das jetzt mit der Kommission für das Veterinärwesen vereinigt ist, die höchste beratende und begutachtende Behörde in Medizinal- und Veterinärangelegenheiten, der jedoch, abgesehen von der Abnahme der ihm übertragenen Prüfungen (staatsärztliche und staatstierärztliche Prüfungen, sowie Prüfung der Hebammenschülerinnen an der Frauenklinik zu Dresden und der Hufschmiede), von den Revisionen der Landes-Heil-, Pflege-, Erziehungs- und Strafanstalten und von der Beaufsichtigung und Verwaltung der dem Ministerium unterstellten wissenschaftlichen Institute auch einzelne Sachen vom Ministerium zur selbständigen Erledigung übertragen werden können. Es sind drei Abteilungen: je eine solche für Medizinal- (I), Veterinär- (II) und pharmazeutische Angelegenheiten (III) gebildet. Seine Zusammensetzung ist fast die gleiche wie die des bisherigen Landesmedizinalkollegiums: ein vom König ernannter Präsident, dessen Stellvertreter vom Ministerium des Innern aus der Zahl der ordentlichen oder Ehrenmitglieder bestimmt wird, mindestens 13 ordentliche vom Ministerium des Innern ernannte Mitglieder, nämlich ein juristischer Beamter des Ministeriums des Innern, 5 Mitglieder der ersten Abteilung (der Medizinalreferent des Ministeriums des Innern, der Direktor der Zentralstelle für öffentliche Gesundheitspflege, ein geschäftsführendes Mitglied, der Chef der Medizinalabtheilung des Kriegsministeriums und ein Vertreter der medizinischen Fakultät in Leipzig), 3 Mitglieder der II, 3 Mitglieder der III und ein Nahrungsmittelchemiker, sowie 22 außerordentliche, aus Wahlen der Standesvertretungen hervorgehende Mitglieder, nämlich 12 ärztliche, darunter ein Zahnarzt (für die erste Abteilung), 5 tierärztliche (für die II. Abteilung), 5 pharmazeutische (für die III. Abteilung) nebst der gleichen Anzahl von Stellvertretern. Die Zahl der ordentlichen Mitglieder kann jedoch nach Bedarf vergrößert werden; es ist dies z. B. schon bei der medizinischen Abteilung (I) geschehen, wo die sämtlichen bisherigen Ehren- (2) und ordentlichen (8) Mitglieder wieder ernannt sind und außerdem ein neues Mitglied (Geh. San.-Rat Dr. Ganser in Dresden) hinzugekommen ist, so daß die Gesamtzahl 9 beträgt. Für jede Abteilung wird vom Ministerium des Innern ein Vorsitzender und dessen Stellvertreter ernannt; für die Abteilung I ist der Präsident Geh. Rat Prof. Dr. Renck Vorsitzender, für Abteilung II der Veterinärreferent im Ministerium des Innern Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Edelmann, für Abteilung III der Apothekenrevisor Ober-Med.-Rat Dr. Kunz-Krause. Die dem Landesgesundheitsamt zur Bearbeitung überwiesenen Sachen werden in Abteilungssitzungen erledigt, zu denen die Ministerien Vertreter abordnen können; sind mehrere Abteilungen an einer Sache beteiligt, so erfolgt die Beratung und Beschlußfassung in gemeinschaftlicher, vom Präsidenten geleiteter Sitzung. Alljährlich sind in der Regel erweiterte Sitzungen der Abteilungen unter Zuziehung der außerordentlichen Mitglieder abzuhalten. Zu Beratungen, welche Interessen der Landwirtschaft oder von Handel, Industrie und Gewerbe berühren, sind fachkundige Vertreter des Landeskulturrats, der Handels- und Gewerbekammern, für Beratungen von Krankenkassenangelegenheiten Vertreter der Krankenkassen und der Landesversicherungsanstalt zuzuziehen. Der Geschäftskreis des Landesgesundheitsamts ist in den §§ 14—17 der Verordnung festgelegt; er ist in medizinischer und pharmazeutischer Hinsicht im großen und ganzen der gleiche wie der des bisherigen Landesmedizinalkollegiums;

wichtig ist, daß der Präsident und die Abteilungsvorsitzenden ebenso wie bisher das Landesmedizinalkollegium die ärztlichen Berater der Kreishauptmannschaften, die Bezirksärzte und die Apothekenrevisoren unmittelbar um Einziehung von Erkundigungen und Verwaltung wie Erhebungen über Gegenstände ersuchen kann, die in ihren Amtsbereich fallen.

Die **Württembergische Kammer** hat sich in ihrer Sitzung vom 7. d. M. bei Beratung der Denkschrift der Regierung über Vereinfachungen in der Staatsverwaltung entsprechend dem Antrage des Finanzausschusses (s. Nr. 5 der Zeitschrift, S. 174) grundsätzlich für die **Aufhebung des Medizinalkollegiums** und Bildung einer Abteilung für das Gesundheitswesen im Ministerium des Innern ausgesprochen.

In Göttingen ist am 3. d. M. die erste deutsche, auf Anregung von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Cramer errichtete **Provinzial-Heil- und Erziehungsanstalt für psychopathische Fürsorgezöglinge** eröffnet wordeu.

Die Stadtverordnetenversammlung in Dresden hat am 13. d. M. endgültig der Errichtung eines **National-Hygienemuseums** (s. Nr. 7 der Zeitschrift, S. 263) zugestimmt und den dazu erforderlichen jährlichen Zuschuß von 150000 Mark bewilligt.

In **Portugal** ist jetzt auch die **obligatorische Schutzpockenimpfung**, und zwar die Erstimpfung innerhalb des ersten Lebensjahres, die Wiederimpfung zwischen dem 7. und 8. oder 14. und 15. Lebensjahre gesetzlich eingeführt.

Nach einem jetzt vorliegenden Berichte über die zwölfte, am 29. und 30. April in Berlin stattgehabte **Sitzung des preußischen Apothekerkammer-Ausschusses** hat dieser u. a. folgende Beschlüsse gefaßt:

a. In bezug auf die Neuregelung der Bestimmungen über die Verleihung von Apothekenkonzessionen: „Der Ausschuß beschließt, dem Herrn Minister die Bitte zu unterbreiten, eine Neuregelung der Bestimmungen über die Verleihung von Apothekenkonzessionen in der Weise in die Wege zu leiten, daß

1. der Schwerpunkt bei sonst einwandfreier Qualifikation auf das Approbationsalter und die Länge der Dienstzeit nach der Approbation unter Anrechnung der aktiven Militärzeit gelegt wird;
2. gegen die Entscheidung der ersten Verleihungsinstanz eine Berufungsinstanz geschaffen wird."

Ein Antrag: „das Konzessionsverleihungsverfahren in ein öffentlichrechtliches umzugestalten", wurde auffallender Weise abgelehnt, weil sich das jetztige Verfahren im allgemeinen durchaus bewährt habe und kein Anlaß vorliege, es zu ändern; eine Ansicht, die in beteiligten Kreisen doch sehr auf Widerspruch stoßen dürfte.

b. Betreffs Ablösung der Idealwerte wurde beschlossen: „Der Apothekerkammer-Ausschuß steht der Ablösung der Idealwerte sympathisch gegenüber." Der von der Rheinischen Apothekerkammer beantragte Zusatz: „Bezweifelt auch nicht deren Möglichkeit durch Benutzung des Unterschiedes zwischen dem Zinsfuß für mündelsichere Papiere und dem Privatzinsfuß" wurde abgelehnt.

c. Die Vorlage des Apothekerrates betr. Erleichterung des Arzneimittelbezuges an Orten ohne Apotheken wurde an die Kammern zurückverwiesen.

d. Der von der Kommission ausgearbeitete Entwurf einer Standesordnung wurde angenommen.[1]

---

[1] Der Wortlaut des Entwurfes der Standesordnung wird in Nr. 13 dieser Zeitschrift unter Tagesnachrichten gebracht werden.

e. Hinsichtlich des Dispensierrechtes der Tierärzte wurde beschlossen, an geeigneter Stelle dahin zu wirken, „daß dieses Recht von dem Vorhandensein einer Hausapotheke abhängig gemacht wird, zu deren Errichtung die behördliche Genehmigung erforderlich ist. In Hinsicht auf Besichtigung, Kopierzwang, Reichsarzneitaxe und Bezug der Arzneimittel aus einer nächstgelegenen Apotheke des Deutschen Reiches sind die tierärztlichen Hausapotheken den ärztlichen Hausapotheken gleichzustellen."

Auf Beschluß des Board of Health in Newyork vom 6. Februar d. J ist dortselbst mit dem 1. Mai d. J. die **Anzeigepflicht für alle Geschlechtskrankheiten** eingeführt und die Errichtung eines Krankenhauses für Geschlechtskranke beschlossen worden. Vorsteher und andere Beamten von öffentlichen Hospitälern und Anstalten haben alle Fälle von Syphilis, Ulcus molle und Gonorrhoe unter Angabe der Namen, des Familienstandes und der Wohnung des Patienten, der Diagnose und möglichst auch der Quelle der Infektion dem Department of Health anzuzeigen. Eine gleiche Meldung wird von den Aerzten bezüglich der Privatpatienten erbeten unter Wegfall des Namens und der Wohnung. Die Anzeigen werden streng vertraulich behandelt; etwa erforderliche bakteriologische und serologische Untersuchungen erfolgen kostenfrei.

(Deutsche med. Wochenschrift, 1912, Nr. 24.)

Die **XXXVII. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege** findet in Breslau vom 3.—6. September 1912 statt. Die Tagesordnung ist wie folgt bestimmt:

Dienstag, den 3. September: 1. Massenerkrankungen durch Nahrungs- und Genußmittel. Referent: Stabsarzt Dr. Mayer, Dozent an der militärärztlichen Akademie München. — 2. Die Feuerbestattung und ihre Ausführung. Referent: Dr. Ed. Brackenhoeft (Hamburg).

Mittwoch, den 4. September: 3. Schallsichere Bauten. Referent: Dr. Mautner (Düsseldorf). — 4. Die Mückenplage und ihre Bekämpfung. Referent: Prof. Dr. Heymann (Berlin).

Donnerstag, den 5. September: 5. Die Frage der Wasserversorgung vom hygienischen Standpunkt unter Berücksichtigung des preußischen Wassergesetzentwurfes. Referenten: Geh. Hofrat Prof. Dr. Gärtner (Jena), Stadtrat Dr. Luther (Magdeburg).

Freitag, den 6. September: Gemeinsamer Ausflug nach Salzbrunn-Fürstenstein.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten sind in der Zeit vom 12 bis 18. Mai 1912 erkrankt (gestorben) an: Rückfallfieber, Pest, Cholera, Gelbfieber, Tollwut, Fleckfieber und Aussatz: — (—); Pocken: 7 (1); Milzbrand: 7 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 2 (—); Unterleibstyphus: 139 (22); Ruhr: 7 (1); Diphtherie: 1252 (79); Scharlach: 1201 (54); Kindbettfieber: 78 (25); übertragbarer Genickstarre: 4 (2); Fleisch- usw. Vergiftung: 3 (—); spinaler Kinderlähmung: 1 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 319; Tuberkulose (gestorben): 855.

An der **Pest** sind in Aegypten während der zwei Wochen vom 18.—31. Mai 76 (28) erkrankt (gestorben); in Britisch-Indien während der beiden Wochen vom 14.—27. April: 11 551 (9914) und 8810 (7 783).

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 13. Ausgegeben am 5. Juli 1

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,

Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 13.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Obermedizinalrat mit dem Range der Räte II. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Moeli, ordentl. Mitglied der Wissenschaftlichen Deputation

für das Medizinalwesen und Direktor der städtischen Irrenanstalt zu Lichtenberg bei Berlin; — der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dem Med.-Rat Prof. Dr. Borchard in Posen, Prof. Dr. Kaufmann, Direktor des pathol. Instituts in Göttingen und außerord. Porf. Dr. A. Falck in Kiel; — als Medizinalrat: den Kreisärzten Dr. Thilow in Stolp, Dr. Lehmann in Kosten, Dr. Brummund in Magdeburg, Dr. Müller in Northeim, Dr. Pantzer in Sangerhausen, Dr. Aust in Nauen. Dr. Quentin in Bentheim, Dr. Scholtz in Hirschberg i. Schl., Dr. Steinberg in Friedeberg N. M., Dr. Schlee in Neumark (Westpr.), Dr. Engel in Labiau, Dr. Geßner in Memel, Dr. Krause in M.-Gladbach, Dr. Schneider in Prenzlau, Dr. v. Decker in Osterode (Ostpr.), Dr. Leske in Liegnitz, Dr. Heyne in Beckum, Dr. Kriege in Barmen, Dr. Sandhop in Marienwerder, Dr. Floeck in Montabaur, Dr. Schlag in Ostrowo, Dr. Pulewka in Heilsberg, Dr. Manke in Schlawe, Dr. v. Ingersleben in Quedlinburg und dem Gerichtsarzt Dr. Kettler in Duisburg; — der Charakter als Geheimer Sanitätsrat: den San.-Räten Dr. Lademacher in Kallies (Pommern) u. Dr. Wottge in Ottmachau; — als technischer Rat: dem ständigen Hilfsarbeiter beim Kaiserl. Gesundheitsamt Weitzel in Berlin; — das Prädikat als Professor: den Privatdozenten Dr. Leber (nicht Weber, wie in der letzten Nummer irrtümlich mitgeteilt war) u. Dr. Uffenorde in Göttingen, Dr. Kramer in Breslau sowie den Volontärassistenten an der zweiten mediz. Klinik des Charitékrankenhauses Dr. A. Pappenheim in Berlin; — der Rote Adlerorden II. Klasse mit dem Stern: dem Geh. Rat Prof. Dr. v. Leube in Stuttgart; — der Rote Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: dem Geh. Med.-Rat Dr. Pfeiffer, bisher Reg.- u. Med.-Rat in Wiesbaden, beim Eintritt in den Ruhestand; — der Kronenorden III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Dr. Claus, Kreisarzt in Warburg, beim Eintritt in den Ruhestand; — der Kronenorden IV. Klasse: dem Oberarzt Greiner in der Schutztruppe für Südwestafrika; — die Rote Kreuzmedaille III. Klasse: dem Kreisarzt Dr. Zelle in Lötzen.

Ernannt: Geh. Med.-Rat Dr. Wodtke, Reg.- u. Med.-Rat in Merseburg, zum Reichskommissar für Typhusbekämpfung im Südwesten des Deutschen Reiches; Kreisassistenzarzt Dr. Glaubitt in Prostken zum Kreisarzt in Waldbroel; Arzt Dr. Hommerich in Frankfurt zum Kreisassistenzarzt und Assistent bei dem Medizinaluntersuchungsamte in Düsseldorf; Privatdozent Prof. Dr. Morgenroth zum Abteilungsvorsteher am pathologischen Universitätsinstitut in Berlin; Arzt Wilh. Meyer in Marienburg zum Kreisarzt und ständigen Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Königsberg i. Pr.; Kreisassistenzarzt Dr. Herm. Schroeder in Stettin zum Kreisarzt in Lublinitz; Kreisassistenzarzt Dr. Lebram in Danzig zum Kreisarzt des Kreisarztbezirks Dannenberg-Bleckede mit dem Amtssitz in Dannenberg; Kreisassistenzarzt Dr. Wegener in Hagen i. W. zum Kreisarzt in Mogilno, Kreisassistenzarzt Dr. Dorsch in Bochum zum Kreisarzt des Kreisarztbezirks Schweinitz mit dem Amtssitz in Herzberg a. E.; Arzt Dr. Rudolphy in Bargteheide zum Kreisassistenzarzt in Oldesloe unter Ueberweisung an den Kreisarzt des Stadtkreises Wandsbeck und des Kreises Stormarn; Stadtassistenzarzt Dr. Hugo Weller in Duisburg zum Kreisassistenztarzt unter Ueberweisung an den Kreisarzt des Stadt- und Landkreises Hagen i. W.; Stabsarzt Dr. Knoll in Münster i. W. zum Kreisassistenzarzt und Assistenten bei dem dortigen Medizinaluntersuchungsamte.

Versetzt: der Reg.- u. Med.-Rat Dr. Janssen in Gumbinnen an die Königliche Regierung in Merseburg, der Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. v. Hake in Marienwerder an die Königliche Regierung in Wiesbaden, die Kreisärzte Dr. Isfort in Call nach Warburg, Med.-Rat Dr. Weczereck in Tarnowitz nach Königshütte, Med.-Rat Dr. Telschow in Schrimm nach Spandau, Dr. Groß in Gummelsbach nach Schleiden, Dr. Frey in Lublinitz nach Tarnowitz, Dr. Kahle in Dannenberg nach Schrimm, Dr. Wege in Mogilno nach Gummersbach, Med.-Rat Dr. Alex. Müller in Herzberg a. E. nach Reichenbach (Reg.-Bez. Breslau), Dr. Zibell in Hannover nach den Stadt- und Landkreis Emden, Dr. Kuschel in Stettin, Kreisassistenzarzt beim Medizinaluntersuchungsamt in Stettin, als Kreisassistenzarzt in den Kreis Stettin-West.

Verabschiedet auf eigenes Ansuchen: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Fraenken in Halle a. S. als Mitglied des Medizinalkollegiums für die Provinz Sachsen.

Gestorben: San.-Rat Dr. Heinrich Müller in Berlin, Dr. Schucht in Danzig, Dr. Levy in Rheydt, San.-Rat Dr. Dittrich in Guttstadt (Ostpr.), Dr. Skirlo, Oberarzt an der Provinzialanstalt Wilhelmstift bei Potsdam, San.-Rat Dr. Ernst Rohlff in Potsdam, Dr. E. Thümmel in Halle a. S., Stabsarzt a. D. Dr. Vogt in Obernkirchen (Reg.-Bez. Kassel), San.-Rat Dr. Hentschel in Mittelwalde (Reg.-Bez. Breslau).

Königreich Bayern.

Ernannt: Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing Dr. Fritz Ungemach zum Direktor der unterfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Lohr; Landgerichtsarzt Dr. Frickhinger in Nürnberg zum Bezirksarzt für die Stadt Augsburg; prakt. Arzt Dr. Fink in Regenstauf zum Bezirksarzt in Neustadt a. S.

Gestorben: Hofrat Dr. Rigauer in München, Hofrat Dr. Leon Oppenheimer in Würzburg, Landgerichtsarzt Dr. Weiß in Bayreuth.

Königreich Sachsen.

Ernannt: Privatdozent Dr. Lange in Dresden zum außerordentlichen Professor für Bakteriologie an der technischen Hochschule daselbst.

Gestorben: Gerichts- und Polizeiarzt a. D. Ob.-Med.-Rat Dr. Donau in Dresden, San.-Rat Dr. Zetzsche in Zwickau, Dr. Hanisch in Rochlitz.

Stadtassistenzarztstelle.

Bei der Stadtverwaltung Düsseldorf ist die Stelle eines Stadtassistenzarztes wegen Uebertritts des jetzigen Stelleninhabers in den Staatsdienst alsbald neu zu besetzen.

Gehalt 4500 Mark, steigend dreimal nach je 2 Jahren um 500 Mark bis 6000 Mark. Dreimonatige Kündigung. Ausübung von Privatpraxis nicht gestattet.

Bewerber, die die im § 3 des Kreisarztgesetzes vom 1. September 1909 bezeichneten Erfordernisse nachweisen können, wollen ihre Gesuche bis zum 15. Juli 1912 an den Unterzeichneten einreichen.

Persönliche Vorstellung vorläufig nicht erwünscht.

Düsseldorf, den 18. Juni 1912.

Der Oberbürgermeister.

Die Stadtassistenzarztstelle

bei der Stadt **Duisburg** ist infolge des Uebertritts des bisherigen Inhabers in den Staatsdienst frei geworden und soll neu besetzt werden.

Gehalt 4000 Mark.

Geeignete Bewerber welche die kreisärztliche Prüfung bestanden haben müssen, werden gebeten, sich bei dem Unterzeichneten zu melden.

Med.-Rat Dr. **Lembke,**
Königl. Kreisarzt und Stadtarzt in Duisburg.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Ritterkreuz I. Klasse des Friedrichsordens: dem Med.-Rat Dr. Krimmel, Direktor der Königl. Heilanstalt Zwiefalten.

In den Ruhestand getreten: Oberamtsarzt Med.-Rat Dr. Hopf in Balingen.

Grossherzogtum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: der Titel eines außerordentlichen Professors: dem Privatdozenten Dr. Schreiber in Heidelberg.

Ernannt: Dr. Holtzmann in Karlsruhe zum Landesgewerbearzt.

Gestorben: Dr. Gagg in Meßkirch.

Grossherzogtum Hessen.

Ernannt: Dr. Wagner in Gießen zum Kreisassistenzarzt bei dem Kreisgesundheitsamte in Büdingen und Schotten mit dem Amtssitz in Bad Salzhausen. — **Versetzt:** Kreisassistenzarzt Dr. Schenk in Gedern in gleicher Eigenschaft nach Gießen. — **Gestorben:** San.-Rat Dr. Scharffenberg in Michelstadt i. Odenwald.

Grossherzogtum Oldenburg.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Röben in Augustfehn.

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Die Landgerichtsarztstellen in **Bayreuth** und **Nürnberg.**

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma **Heinrich Scheven, Düsseldorf 23** über „Delphin-Pumpwerk" bei, worauf wir besonders hinweisen.

25. Jahrg. Zeitschrift 1912.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 13.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Juli.

Pockenerkrankungen in der Stadt Königsberg in den Jahren 1875—1911.

Von Reg.- u. Med.-Rat Dr. **Stumm** in Stralsund.

Während vor Inkrafttreten des Reichs-Impfgesetzes — 1. April 1875 — die Stadt Königsberg von schweren und umfangreichen Pockenepidemien heimgesucht wurde, blieb sie nach Erlaß des Gesetzes davon verschont, abgesehen von einer größeren Epidemie im Jahre 1880. Späterhin wurden nur Einzelerkrankungen und kleinere Epidemien beobachtet; erst im Jahre 1910/11 kam es wieder zu einer „größeren“ Epidemie nach unserer heutigen Auffassung.

Die letzte größere Pocken-epidemie vor Erlaß des Impfgesetzes hatte Anfang der 70er Jahre geherrscht und zahlreiche Erkrankungen und Todesfälle verursacht. Erst im Jahre 1880 traten dann wieder zahlreichere Erkrankungen an Pocken auf. Nach einer Anzeige des Polizeipräsidenten vom 10. April 1880 waren in den letzten Wochen des März 9 Personen an Pocken bezw. Varioloiden erkrankt und 3, darunter 1 Wärterin, im städtischen Krankenhause gestorben. Darauf fand anscheinend ein Stillstand statt; denn erst Ende August erfolgte eine weitere Meldung, daß in der Zeit vom 16.—26. August wieder 7 Personen erkrankt und 3 gestorben seien. Allmählich griff die Krankheit um sich, so daß bis zum Schluß des Jahres 1880 ins-

gesamt 93 Erkrankungen mit 24 Todesfällen zur Anzeige gelangten. Von den Erkrankten wurden 41 im städtischen Krankenhause behandelt. Im Jahre 1881 nahm die Epidemie dann weiter zu; es wurden ge-meldet:

im Januar und Februar	33	Erkrankungen	mit	11	Todesfällen.
im März	46	„	„	16	„
„ April	47	„	„	6	„
„ Mai	49	„	„	7	„
„ Juni	38	„	„	6	„
„ Juli	—	„	„	—	„
„ August	8	„	„	1	„
„ September	3	„	„	—	„
„ Oktober	12	„	„	—	„
„ November	9	„	„	2	„
„ Dezember	6	„	„	1	„

Insgesamt also 251 Erkrankungen mit 50 Todesfällen.

Im Jahre 1882 traten die Erkrankungen leichter und nur noch in den ersten 6 Monaten auf. Es wurden angemeldet:

im Januar	20	Erkrankungen	und	1	Todesfall.
„ Februar	7	„	„	—	„
„ März	11	„	„	3	„
„ April	6	„	„	2	„
„ Mai	12	„	„	1	„
„ Juni	8	„	„	1	„

Vom Juli bis November wurden keine neuen Fälle angezeigt, so daß die Epidemie als erloschen erachtet werden konnte. Da traten im Dezember wieder 10 Erkrankungen mit 2 Todesfällen auf, denen sich im Jahre 1883 noch folgende anschlossen:

im Januar	15	Erkrankungen	mit	2	Todesfällen.	
„ Februar	4	„	„	1	„	
„ März	5	„	„	2	„	
„ April	8	„	„	2	„	
„ Mai	3	„	„	—	„	
„ Juni	9	„	„	1	„	
„ Juli	5	„	„	—	„	
„ August	1	„	„	1	„	
„ November	1	„	„	1	„	
„ Dezember	2	„	„	—	„	und
„ Januar 1884	1	„				

Die im Jahre 1880 begonnene Epidemie hatte sich demnach über nahezu 4 Jahre hingezogen und 472 Erkrankungen mit 94 Todesfälle = 20,0 % verursacht. Ueber das Alter der Erkrankten und deren Impfzustand finden sich keine Aufzeichnungen vor, die sich verwerten ließen. Nur von 2 im Dezember 1882 Gestorbenen wird erwähnt, daß es sich um Kinder im Alter von 2 Jahren gehandelt habe, die mit Erfolg geimpft worden waren. Soweit es sich feststellen ließ, betrafen die Erkrankungen alle Altersklassen. Die Mehrzahl der Erkrankten wohnte im Sackheim, dem dicht bevölkertsten, vorwiegend von Arbeitern bewohnten Stadtteile, in dem auch die ersten Erkrankungen aufgetreten waren.

Der Charakter der Erkrankungen wird im allgemeinen als leicht angegeben. Der damalige Kreisphysikus Med.-Rat Prof. Dr. P. gab in der Gesundheitskommission und in seinen Berichten über die Entstehung der Krankheit an, daß nicht

Ansteckung aus Rußland vorliege, sondern die Ursache in dem erfahrungsmäßig alle 7—10 Jahre wiederkehrenden, dieser Infektionskrankheit günstigen Genius epidemicus beruhe bezw. in der allmählich zunehmenden Zahl von ansteckungsfähigen Personen. Die Epidemie wurde als eine „kleine“ bezeichnet. Die Anschauungen darüber waren demnach vor 30 Jahren wesentlich andere.

Zweimal wurde während der Epidemie die Gesundheitskommission einberufen und zwar zu Anfang derselben am 30. August und 30. Dezember 1880. Als Mitglieder gehörten der Kommission an: Der Polizeipräsident, ein Vertreter der Garnison, der Garnisonarzt, 2 Vertreter der Stadt, der Direktor des städtischen Krankenhauses (Arzt), der Stadtphysikus, 3 Aerzte, 1 Apotheker und 1 Polizeirat. In der ersten Sitzung wurde beschlossen, daß

1. im städtischen Krankenhause, das allein ein Isoliergebäude hatte, außer den vorhandenen 16 Betten noch 22 zur Verfügung gestellt werden sollten und die Entlassung der Kranken erst erfolgen sollte, wenn sie frei von jedem Schorf seien;

2. aus überfüllten Räumen und solchen, in denen sich eine Isolierung nicht durchführen ließ, die Kranken zwangsweise ins Krankenhaus zu bringen seien;

3. der Magistrat die Armenärzte veranlassen solle, in allen geeigneten Fällen die Desinfektionsmittel aus der nächsten Apotheke für Rechnung des Magistrats anzuschaffen, deren zweckmäßige Verwendung anzuordnen und soweit als möglich zu überwachen;

4. der Magistrat zum Transport der Kranken einen Wagen anschaffen solle und

5. im Falle weiterer Ausbreitung die sich freiwillig meldenden Personen unentgeltlich geimpft werden sollen.

In der zweiten Sitzung, die am 8. Dezember, als bereits über 200 Erkrankungen vorgekommen waren, stattfand, wurde behufs Verhinderung der Weiterverbreitung der Seuche der Antrag des Stadtphysikus zum Beschluß erhoben, die 1879 und früher geborenen noch nicht geimpften Kinder, sowie die 1868 geborenen, im laufenden Jahre nicht wiedergeimpften Kinder jetzt impfen zu lassen.

Man sieht hieraus, daß die Maßnahmen, die zur Bekämpfung der Seuche angeordnet wurden, weit hinter denen zurückblieben, die jetzt bei jedem Einzelfall in Kraft treten.

In den Jahren 1884—1898 wurden in Königsberg keine Erkrankungen an Pocken beobachtet. Erst im Jahre 1899 traten wieder Erkrankungen auf:

Am 6. Mai erkrankte ein 10 Jahr altes Mädchen M. R. aus der Bülowstraße; sie wurde am 16. ins städtische Krankenhaus übergeführt. Die Krankheit verlief sehr leicht. Genesung und Entlassung erfolgte am 6. Juni. Im Anschluß daran kam es zur Erkrankung des Kindes ihrer älteren Schwester, die auch bei ihren Eltern wohnte. Nähere Angaben über diese Erkrankte haben sich nicht ermitteln lassen. Die Infektion war hier vermittelt durch die Mutter der zuletzt erkrankten, die im Lumpenspeicher von M., in den Lumpen aus Rußland geliefert, sortiert und verpackt werden, beschäftigt war.

Zu einer weiteren Verbreitung der Krankheit kam es nicht, da die Kranken sofort isoliert und die mit ihnen in Berührung gekommenen Personen wiedergeimpft worden waren.

In demselben Jahre wurde noch eine Erkrankung gemeldet,

die den Arbeiter F. F. betraf, der im Silospeicher mit Ausladen von Getreide beschäftigt gewesen und am 19. Dezember erkrankt war. Das Getreide war teils lose, teils verpackt in Säcken; das lose stammte aus Rußland, das verpackte aus Orten des Regierungsbezirks Gumbinnen, in denen Pocken herrschten. F. wurde zuerst in die medizinische Universitätsklinik gebracht und danach in das städtische Krankenhaus übergeführt, wo der Tod am 24. Dezember eintrat. Im Anschluß daran kam es zu folgenden Erkrankungsfällen im Jahre 1900:

In der Nacht vom 1. zum 2. Januar 1900 erkrankte die Diakonisse Mathilde M., die in der Universitätsklinik die Verwaltung der Wäsche hatte, sehr schwer an Purpura variolosa und starb am 6. Januar.

Zu gleicher Zeit erkrankte die Schuhmacherfrau Wilhelmine J., die in der Klinik die Wäsche der F. gewaschen hatte; sie wurde am 8. März geheilt aus dem städt. Krankenhause entlassen.

Eine weitere Erkrankung um dieselbe Zeit betraf ein 8 Monate altes, noch nicht geimpftes Kind des Bureauvorstehers W., das durch die Schneiderin B. H., die in der Familie des erst erkrankten Arbeiters verkehrte und um Weihnachten bei W. beschäftigt war, infiziert worden war; dasselbe starb.

Am 9. Januar erkrankte noch eine Schuhmacherwitwe Amalie D., die ebenfalls als Waschfrau in der Klinik beschäftigt war und die Wäsche des F. gewaschen hatte.

Außer diesen 4 Erkrankungen, die durch Unvorsichtigkeit in der Klinik bei der Behandlung der Wäsche vermittelt waren, kam es am 13. und 17. Januar noch zu zwei Erkrankungen bei Arbeitern im Silospeicher; der eine Kranke, 27 Jahr alt, war 2 mal mit Erfolg geimpft, der andere, 30 Jahr alt, ebenfalls 2 mal mit Erfolg geimpft; beide wurden am 9. bezw. 10. März geheilt entlassen.

Am 21. Januar wurde der bei einem Schiffsmakler in Dienst befindliche Fakter B. krank, der mit keiner der vorher erkrankten Personen in Berührung gekommen sein wollte. B. war 51 Jahr alt, 2 mal mit Erfolg geimpft, litt an Variola discreta und wurde am 12. März gesund entlassen.

Am 27. Januar erkrankte eine aus Elbing stammende, 59 Jahre alte Frau in der Kgl. Universitäts-Augenklinik, die sich daselbst bereits 3 Wochen in Behandlung befand. Die Frau war ebenfalls 2 mal mit Erfolg geimpft. Die Ueberführung ins städtische Krankenhaus erfolgte am 29. Januar, die Entlassung am 14. März.

Trotzdem sich bei den beiden letzten Fällen die Ansteckungsquelle nicht feststellen ließ, sind wohl auch diese mit den vorhergehenden in Zusammenhang zu bringen.

Es waren demnach 9 Personen erkrankt, 5 männliche und 4 weibliche, von denen 3, 2 männliche und 1 weibliche gestorben sind. Sämtliche Kranke waren in die Isolierabteilung des städtischen Krankenhauses überführt worden und befanden sich mit Ausnahme des Kindes in einem Alter von 27—58 Jahren. Angaben über den Impfzustand der Ersterkrankten fehlen, bei den Zuletzterkrankten war die letzte Impfung vor 15—46 Jahren erfolgt.

Im weiteren Verlaufe des Jahres 1900 wurden dann noch folgende Pockenfälle gemeldet:

Am 13. März erkrankte eine 24 jährige, 2 mal erfolgreich geimpfte Arbeiterfrau Wilhelmine N., die mit Sortiren von Lumpen im Lumpenspeicher von M. beschäftigt war. Am 17. erkrankte ihr am 25. Januar geborenes, nicht geimpftes Kind. Die Ueberführung ins Krankenhaus erfolgte am 16. bezw. 17. März. Das Kind starb am 30. März; die Mutter wurde am 30. April gesund entlassen.

Ebenfalls im Lumpenspeicher infizierte sich die dort beschäftigte Aufwärterin Johanne G., 50 Jahr alt, die einmal mit Erfolg geimpft war. Die

Pocken verliefen sehr schwer. Die Erkrankung erfolgte am 29. Juni, der Tod am 5. Juli. Zwei Tage später, am 7. Juli, erkrankte ein Kellner H., ein Schlafbursche des Arbeiters H., bei dem die G. gewohnt hatte, leicht; er wurde am 26. Juli gesund.

Im September wurden noch zwei Erkrankungen bei zwei Frauen beobachtet die in der Nähe der Straße wohnten, in der die vorherige Erkrankung aufgetreten war. Die Ermittelungen ließen aber die Infektionsquelle nicht erkennen. Die Erkrankungen betrafen eine 46jährige, 2 mal mit Erfolg geimpfte Dekorateursfrau Berta P., die am 7. September erkrankte, und eine 36jährige, ebenfalls 2 mal mit Erfolg geimpfte Materialienverwaltersfrau Friederike M., die am 10. September erkrankte. Bei der ersten verliefen die Pocken mittelschwer, bei der zweiten leicht. Genesung trat im ersten Fall nach 1 Monat, im zweiten nach 14 Tagen ein.

Es sind demnach vom 24. Dezember 1899 bis Ende 1900 15 Erkrankungen mit 5 Todesfällen vorgekommen; im Jahre 1901 sind dagegen nur 5 Erkrankungen und keine Todesfälle beobachtet:

Am 25. November erkrankte der 1 mal mit Erfolg geimpfte Handlungsgehilfe Oskar A., der im Kontor eines Kaufmanns beschäftigt war, der mit aus Rußland bezogenem Hanf Handel trieb. Genesung trat am 21. Dezember ein.

Um dieselbe Zeit — am 18. November — aber unabhängig von dieser Erkrankung, erkrankte der 57jährige Wagenmeister Eduard Spr., der bei der Südbahnstrecke Prostken-Königsberg beschäftigt und 2 mal mit Erfolg geimpft war, zuletzt 1865 als Soldat. Am 26. November aber blieb er erst vom Dienst weg wegen heftiger Kopfschmerzen und hohem Fieber; auf dem Gesicht waren vereinzelte Pusteln aufgetreten. Am 2. Dezember war der Ausschlag verschwunden und Spr. tat wieder Dienst. Am 20. erkrankte unter den gleichen Erscheinungen seine 23jährige, 2 mal mit Erfolg geimpfte Tochter Margarethe; es waren auf dem Halse und linken Oberarm einige Pusteln zu erkennen. Am 2. Dezember war Genesung eingetreten. Bei beiden Kranken war das Krankheitsbild ein sehr leichtes.

Frau Spr., 52 Jahr alt, 1 mal als Kind mit Erfolg geimpft, erkrankte dagegen sehr schwer. Nach allgemeinen Beschwerden wurde sie am 24. Dezember bettlägerig, am 26. trat Schüttelfrost und hohes Fieber auf. Der Körper war bei der Feststellung am 2. Dezember mit konfluierenden, linsengroßen, rotbraunen, mit Blutkrusten besetzten, rundlichen Erhebungen besetzt. Die Mundschleimhaut zeigte denselben Belag. Nun wurde die Krankheit diagnostiziert und Spr. und Tochter wieder — ohne Erfolg — geimpft. Wahrscheinlich war die Krankheit auch aus Rußland eingeschleppt, da Prostken Grenzstation ist. Obwohl die Krankheit erst so spät erkannt war, fand eine Weiterverbreitung nicht statt. Es erkrankte nur noch am 8. Dezember der 7 Jahre alte Sohn eines auf demselben Flur mit Sp. wohnenden Briefträgers O., der 1 mal mit Erfolg geimpft war. Bei der Feststellung am 15. fanden sich an Kopf, Brust und Armen sehr diskret stehende, wenig zahlreiche, linsengroße Bläschen, von denen wenige eine Delle hatten und mit Eiter gefüllt waren, keines aber eine gerötete oder geschwollene Begrenzung zeigte. Die Krankheit war vom Arzt für Rötheln gehalten worden. Es trat wie auch in den vorhergehenden Fällen Genesung ein.

Mit Ausnahme eines Erkrankungsfalles, der 1902 in der Chirurgischen Universitätsklinik bei einer Russin bald nach deren Aufnahme eintrat, kam es erst im Jahre 1905 zu einer neuen Erkrankung und zwar wiederum bei einer Arbeiterin im Lumpenspeicher von M.:

Am 17. Mai erkrankte die 42 Jahr alte Frau Ernestine G.; die Krankheit wurde anfangs für Influenza gehalten; als am 20. Pockenpusteln am Hals und Gesicht auftraten, wurde sie ins städtische Krankenhaus überführt, wo am 30. der Tod eintrat. Ueber das frühere Impfverhältnis fehlen Angaben.

Ein weiterer Fall wurde gegen Ende des Jahres 1905 bei dem 47 Jahr alten Kutscher Hermann K. beobachtet, der 3 mal geimpft war, die beiden letzten Male — zuletzt vor 32 Jahren — ohne Erfolg. Er erkrankte am 20. Dezember und genas. Seine 17 Jahr alte Tochter Auguste erkrankte ebenfalls, aber sehr

leicht, am 3. Januar 1906; sie wurde wie ihr Vater, sofort ins städt. Krankenhaus überführt, von wo sie mit ihrem Vater am 22. Januar gesund entlassen wurde. Die Kranke war im 1. und 12. Lebensjahr ohne Erfolg und am 26. Dezember 1905 mit Erfolg geimpft worden. Die Ansteckungsquelle hatte sich nicht ermitteln lassen.

In den Jahren 1906 und 1907 sind weitere Erkrankungen nicht vorgekommen. Erst im Jahre 1908 wurde wieder eine Erkrankung gemeldet und zwar bei dem Reifschläger Louis H., der, 55 Jahre alt, am 25. Juli erkrankte. Die Ansteckung war durch russischen Hanf, mit dem er gearbeitet hatte, erfolgt. Er war im Alter von 12 Jahren, 1865, — also 1mal — mit Erfolg geimpft worden. Die Krankheit ging in Genesung über; H., der am 31. Juli ins städtische Krankenhaus aufgenommen war, wurde am 22. August entlassen.

In demselben Jahre und zwar am 31. Dezember erkrankte noch eine Frau D., die Lumpensortiererin bei M. war. Sie war 30 Jahre alt, 2mal, zuletzt im Alter von 12 Jahren, mit Erfolg geimpft. Nach 23tägiger Krankheit, die leicht verlief, wurde sie aus dem städtischen Krankenhaus entlassen.

Gegen Ende des Jahres 1909 kam wieder eine Erkrankung bei einer im Lumpenspeicher beschäftigten Säckenäherin vor und im Anschluß an diese entwickelte sich eine Epidemie, die 13 Erkrankungen und 3 Todesfälle forderte und sich bis in das folgende Jahr 1910 hinzog:

Die 26 Jahr alte Berta L. erkrankte am 4. Dezember 1909; der am 8. Dezember zugezogene Arzt hielt Masern für vorliegend und veranlaßte am 15. die Ueberführung ins städt. Krankenhaus, wo Pocken festgestellt wurden. Der Tod trat noch an demselben Tage ein. Die L. war angeblich nie geimpft worden. Sie hatte auf dem Haberberg bei einer Zimmervermieterin M. gewohnt und war von ihrer Schwester, die mit ihr auf demselben Flur wohnte, in der ersten Zeit ihrer Krankheit gepflegt worden. Die Schwester, eine 52 Jahr alte Frau V., welche früher niemals geimpft und bei der Feststellung durch den Kreisarzt am 15. Dezember mit Erfolg geimpft war, erkrankte am 22. Dezember und starb am 2. Januar 1910. Die Krankheit wurde, da ein Arzt nicht zugezogen war, erst bei der Leichenschau festgestellt.

Die dritte Erkrankung, am 24. Dezember, betraf die Zimmervermieterin, die 42jährige M., die im 2. und 12. Lebensjahre und auch am 15. Dezember geimpft worden war. Da eine ärztliche Behandlung in den ersten Tagen nicht stattfand, wurde seitens einer ihrer Mieterinnen Anzeige erstattet, worauf die M. am 28. Dezember ins Krankenhaus überführt wurde. Die Krankheit verlief leicht und ist nach 19 Tagen in Genesung übergegangen.

Wenige Tage nach der Erkrankung der L. am 18. Dezember 1909 wurde eine 36 Jahr alte Frau H., die auf dem Sackheim wohnte, krank. Sie hatte bis zum 23. November ebenfalls im Lumpenspeicher bei M. gearbeitet und war mit dem Pressen der Lumpen beschäftigt gewesen. Es trat bei ihr, die im 2. Lebensjahr ohne Erfolg und im 12. Lebensjahr mit Erfolg geimpft worden war, ein Ausschlag auf, der nicht beachtet wurde und der keine so erheblichen Erscheinungen machte, daß die Frau bettlägerig krank wurde; dieselbe ging vielmehr mit demselben umher.

Mitte Dezember besuchte die H. die Familie Kr. im Mittelanger, bei der sie früher selbst gewohnt hatte und die ihr 1½jähriges Kind bei sich in Pflege behalten hatte. Frau Kr. bemerkte an der Frau H. einen borkenartigen Ausschlag. Am 22. Dezember erkrankte nun das bei Kr. befindliche, noch nicht geimpfte Pflegekind, die Charlotte H. Der am 23. zuerst zugezogene Arzt stellte Masern fest. Am 5. Januar 1910 wurde der Arzt nochmals gerufen, worauf er Pocken diagnostizierte und die Ueberführung ins Krankenhaus anordnete, wo am 9. Januar 1910 der Tod eintrat.

Etwa zu gleicher Zeit mit dem eben erwähnten Kinde erkrankte der bei

seiner Mutter, der Frau H. wohnende Sohn aus erster Ehe, der 11 jährige Eduard R., der als 1 Jahr altes Kind mit Erfolg geimpft worden war. Seine Ueberführung ins Krankenhaus erfolgte ebenfalls am 5. Januar 1910.

Weitere Erkrankungen betrafen: die 31 jährige Johanne R., die bei der Familie Kr. wohnte. Sie war 2 mal mit Erfolg geimpft im 2. und 12. Jahr und am 5. Januar wieder geimpft; sie erkrankte am 8. Januar.

Die 44 Jahr alte Gelegenheitsarbeiterin Marie L., die sich in Schlafstelle bei der in demselben Hause wohnenden Mutter der Frau Kr. befand und am 16. Januar krank wurde. Sie war im 1. und 12. Lebensjahre mit Erfolg geimpft, am 6. Januar ohne Erfolg wiedergeimpft worden. Am 18. Januar suchte sie die Poliklinik für Hautkrankheiten auf, worauf sie sofort dem Krankenhause überwiesen wurde.

Ebenfalls mit den vorhergehenden Fällen zusammen zu bringen war die am 14. Januar erfolgte Erkrankung des 49 Jahre alten Maurers August Schw., der im 1. Lebensjahr mit Erfolg und im 12. ohne Erfolg geimpft war. Schw., der Kassierer des christlichen Maurerverbandes war, hat Anfang Januar bei Kr., der ebenfalls Maurer ist, die Beiträge einkassiert, also zu einer Zeit, wo das Pflegekind H. daselbst krank an Pocken lag. Bei Schw., der am 18. ins Krankenhaus aufgenommen war, verliefen die Pocken sehr schwer.

Auf Infektion durch die H. ist die Erkrankung der Gesindevermieterin Minna P. zurückzuführen, die am 25. Dezember 1909 erfolgte. Frau H. war zu der Zeit, als ihr Kind an Pocken krank lag und sie selbst auch Ausschlag hatte, bei der Gesindevermieterin gewesen, um für ihre Stieftochter eine Stellung zu suchen. Die P. war 36 Jahr alt und zuletzt im 12. Jahr mit Erfolg geimpft. Die Krankheit ist in 21 Tagen, ohne ärztlich behandelt zu sein, abgelaufen. Durch diese Kranke wurde ihre Schwägerin, eine Schuhmacherfrau Berta P., die sie während ihrer Krankheit besucht hatte, angesteckt. Frau Berta P., 42 Jahr alt, im 1. und 12. Lebensjahr mit Erfolg geimpft, erkrankte am 11. Januar. Die Krankheit war innerhalb 12 Tagen abgelaufen.

10 Tage später, am 21. Januar 1910, erkrankte der Schneidermeister August Sch., der mit der Gesindevermieterin Frau P. in einem Hause wohnte und diese öfter besucht hatte. Bei Sch., der 56 Jahr alt und 2 mal mit Erfolg geimpft war, verliefen die Pocken sehr schwer. Die letzte Impfung war bei ihm während der militärischen Dienstzeit vorgenommen worden.

Eine weitere Krankheit am 30. Januar 1910 betraf den Schuhmachergesellen Otto B., der bei dem Schuhmacher P., dessen Frau erkrankt war in Arbeit stand. Die Krankheit verlief leicht. B. war 29 Jahr alt, 3 mal mit Erfolg geimpft, zuletzt im Alter von 22 Jahren. Es zeigten sich nur vereinzelte Pusteln auf dem Kopf.

Während diese Fälle sich aneinanderreihen, läßt sich die am 14. Januar 1910 aufgetretene leichte Erkrankung des Leutnants Kr. mit ihnen nicht im Zusammenhang bringen. Leutnant Kr. war 25 Jahre alt, im 1., 12., 18. und 22. Lebensjahre mit Erfolg geimpft; er gab an, mit keiner der obengenannten Personen in Berührung gekommen zu sein.

Im Laufe des Jahres 1910 .— am 15. April — kam es dann noch zur Erkrankung einer Frau Berta Kr. Dieselbe war 28 Jahre alt, mit Erfolg geimpft und wiedergeimpft. Die Erkrankung war leicht, und wurde erst im Krankenhause am 21. April als Pocken festgestellt. Die Ansteckung war durch ihren Mann erfolgt, der im Lumpenspeicher von M. mit Pressen von Lumpen beschäftigt war und zuletzt im Jahre 1909 mit Erfolg geimpft worden war.

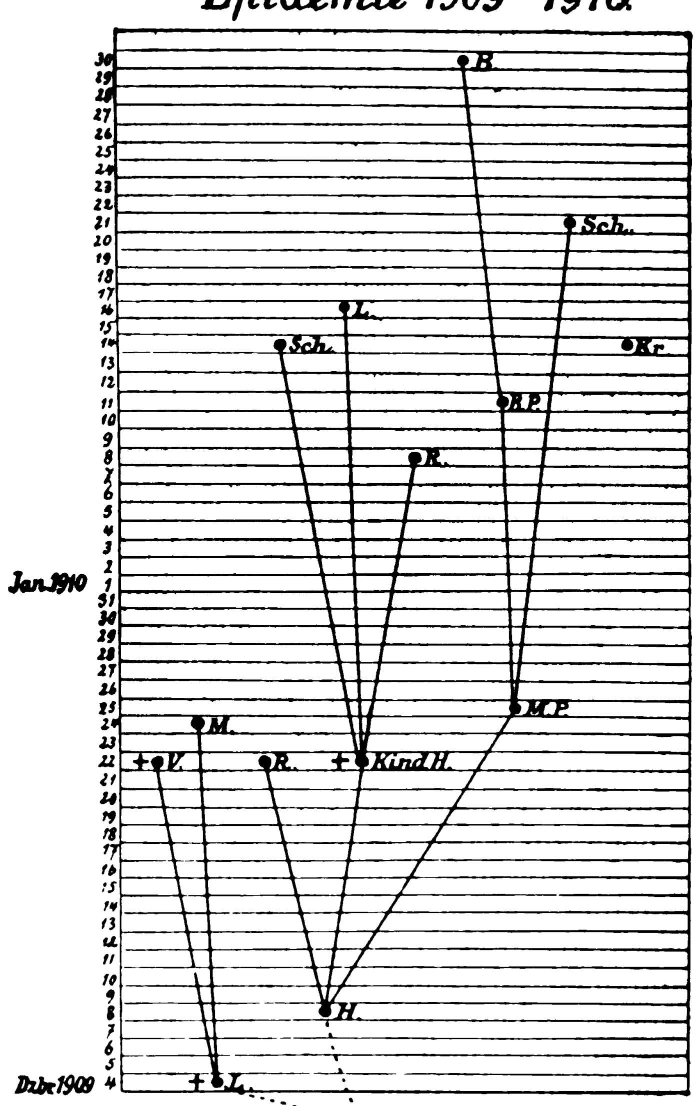
Im Jahre 1911 sind keine Erkrankungen zur Anzeige gekommen.

Die Beobachtungszeit erstreckt sich demnach auf einen Zeitraum von 36 Jahren, in dem, abgesehen von der größeren Epidemie in den Jahren 1881—1884, nur 2 kleinere

Epidemien und Einzelerkrankungen vorgekommen sind. Zieht man in Betracht, daß Königsberg der Haupthandels- und Verkehrsort des Ostens ist und hier die günstigste Gelegenheit für die Einschleppung und Verbreitung der Pocken gegeben ist, so muß man angesichts der Tatsache, daß vor der allgemein durchgeführten Impfung der Bevölkerung stets ausgedehnte Pockenepidemien in Königsberg geherrscht haben, daß aber nachher nur wenige Erkrankungen im Verlaufe von über 20 Jahren vorgekommen sind, die Befreiung der Bevölkerung von dieser Seuche auf die Einführung der Impfung und deren strenge Durchführung zurückführen.

Von dem Jahre 1884 ab sind insgesamt nur 43 Personen erkrankt und davon 9 = 20,93 % gestorben. Zweimal kam es zu kleinen Epidemien im Jahre 1899/1900 mit 9 Erkrankungen und 3 Todesfällen und im Jahre 1909/1910 mit 15 Erkrankungen und 3 Todesfällen. Wenn auch in allen Fällen sich die Ansteckungsquelle nicht hat ermitteln lassen, so ist dies doch in der großen Mehrzahl gelungen, wobei mit absoluter Sicherheit die Einschleppung der Seuche aus Rußland festgestellt wurde. Vermittelt wurde die Ansteckung einerseits durch Beschäftigung mit Getreide und russischen Hanf, anderseits durch Lumpen, die aus Rußland eingeführt werden, im Lumpenspeicher von M. Auf erstere Beschäftigung ist die Epidemie im Jahre 1899/1900 und 2 Einzelerkrankungen und auf letztere





11 Einzelerkrankungen und die Epidemie im Jahre 1909/1910 zurückzuführen. Die Hauptansteckungsquelle hat demnach der Lumpenspeicher abgegeben. Obwohl nach jeder neuaufgetretenen Erkrankung stets die Impfung bezw. Wiederimpfung der Arbeiter und Arbeiterinnen angeordnet wurde, so sind doch stets immer wieder Neuerkrankungen bei neueingestellten Personen aufgetreten. Zur möglichsten Vermeidung von Neuerkrankungen ist jetzt die Bestimmung getroffen, daß jeder Arbeiter vor seiner Annahme geimpft werden soll; ferner, daß besondere Ankleide- und Waschräume für die Arbeiter hergestellt werden sollen.

Wenn auch über das Impfverhältnis vor der Erkrankung bei einen Teil sichere Angaben fehlen, so läßt sich doch mit Bestimmtheit erklären, daß die Krankheit in allen den Fällen, in denen eine mehrmalige Impfung erfolgt war, oder die Erstimpfung noch nicht lange Zeit zurücklag, leicht verlaufen ist und in kurzer Zeit zur Genesung geführt hat. Von den Fällen, in denen es sich um sehr schwere Erkrankungen gehandelt hat, sind 3 in Genesung übergegangen; 9 haben dagegen zum Tode geführt.

Die ersteren betrafen 3 Personen im Alter von 49, 52 und 56 Jahren, die als Kinder mit Erfolg einmal geimpft waren und von denen eine im 12. Jahre ohne Erfolg und eine andere als Soldat im Alter von 22 Jahren mit Erfolg wiedergeimpft war. Bei letzterer lag die Impfung 34 Jahre, bei den beiden anderen 44 und 50 Jahre zurück.

In den Erkrankungsfällen, die zum Tode geführt haben, handelte es sich 3mal um noch nicht geimpfte Kinder, im übrigen um erwachsene Personen im Alter von 26—52 Jahren. Bei 3 Personen hat sich das frühere Impfverhältnis nicht ermitteln lassen; 1 Person im Alter von 50 Jahren war 1mal geimpft worden, 2 waren nie geimpft worden.

Daraus geht hervor, daß der Seuche zum Opfer nur Personen gefallen sind, die entweder gar nicht geimpft waren oder bei denen die Impfung schon lange Jahre zurücklag. Alle diejenigen Personen, bei denen die Pocken leicht aufgetreten sind, sind geimpft bezw. wiedergeimpft gewesen. Bemerkenswert ist die Erkrankung des Offiziers, der, im Alter von 25 Jahren stehend, 4mal geimpft war und doch, wenn auch nur sehr leicht, erkrankte. Die letzte Impfung lag 3 Jahre zurück; wenn sie auch die Erkrankung selbst nicht verhindert hat, so ist ihr doch deren leichter Verlauf zu verdanken. Aus dem Verlauf gerade der letzten Epidemie geht hervor, daß die Einführung der Impfung von großem Nutzen für die Volksgesundheit gewesen ist und der Impfschutz im allgemeinen weit über 10 Jahre hinausreicht; denn obwohl die Ansteckungsmöglichkeit für viele Personen im reichsten Maße vorhanden war, sind verhältnismäßig wenige erkrankt. Durch die erste Erkrankung, welche die letzte Epidemie einleitete, die anfangs als Masern angesehen und erst am Todestage nach 12tägiger Dauer als

Pocken erkannt wurde, wurden nur 2 weitere Erkrankungen verursacht, von denen die eine eine nicht geimpfte, die andere eine Person betrafen, die zuletzt vor 30 Jahren geimpft war. Die Mehrzahl der weiteren Erkrankungen war durch die Frau H. bewirkt worden, bei der die Pocken so leicht aufgetreten waren, daß sie während der ganzen Zeit der Krankheit herumging. Trotzdem sie mit vielen Menschen in Berührung kam, erkrankten nur einige Personen und von den Infizierten die Geimpften nur leicht, während die nicht geimpfte starb und die schwer erkrankten Personen waren, bei denen die Impfung lange Jahre — über 30 — zurücklag und von denen eine ein Potator war. Wenn die Pockenimpfung nicht gesetzlich bei uns eingeführt wäre, wäre es sicher zu einer enormen Ausbreitung der Seuche gekommen, da gerade unter denen von der Krankheit Ergriffenen, ihren Angehörigen und den Personen, die mit den Kranken in ständige Berührung kamen, die allgemeinen hygienischen und sozialen Verhältnisse keine günstige waren.

Es erweist sich auch hier mit absoluter Klarheit, wie Recht trotz aller gegenteiligen Behauptungen des Impfgegners Bilfinger Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner hat, wenn er im Reichstage behauptete, daß es gegen die Pockenseuche kein anderes Mittel als die Impfung gibt. Gerade die ungeimpften Personen werden von der Krankheit zuerst ergriffen, die ungeimpften Kinder fallen ihr in erster Linie rettungslos zum Opfer, während das Krankheitsbild bei den geimpften, wenn sie überhaupt erkranken, fast durchweg ein leichtes ist, vorausgesetzt, daß die Impfung nicht zu lange zurückliegt.

Allein die Impfung gibt uns den Schutz vor der Erkrankung; im Interesse der Volksgesundheit muß daher die Impfpflicht im vollen Umfange aufrecht erhalten bleiben.

Verbot oder Einschränkung der inneren Untersuchung für Hebammen.

Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **F. Ahlfeld**-Marburg.

Aus verschiedenen Aeußerungen in der Fachliteratur geht hervor, daß die Aufsichtsbehörde für das Hebammenwesen in Preußen vor die Frage gestellt worden ist, ob den Hebammen die innere Untersuchung ganz zu verbieten oder auf ein Mindestmaß einzuschränken sei.

Vielleicht ist es noch möglich, in letzter Stunde eine Entschließung in diesem Sinne abzuwenden. Sollte es nicht mehr möglich sein, dann mögen die folgenden Ausführungen wenigstens zeigen, welche Verantwortung die auf sich laden, die solchen Schritt befürworten und zur Ausführung bringen.

Veranlassung zu einem derartigen Eingreifen soll die unzweifelhafte Tatsache geben, daß trotz der sorgfältigen Einführung in die Lehren der Asepsis und Antisepsis, besonders

in die exakte Ausführung der Händedesinfektion in den Hebammenlehranstalten die Zahl der an Kindbettfieber Gestorbenen nur langsam abnimmt. Unbewiesen aber ist, daß dieses bedauernswerte Faktum ausschließlich oder in der Hauptsache auf Konto der Hebammen und zwar auf deren ungenügende Händedesinfektion zu setzen ist.

Sicher ist, daß in Ostpreußen und seinen Nachbarprovinzen, in denen, wie der Königsberger Direktor der Hebammenlehranstalt selbst sagt[1]): „ein unreinlicher Volksstamm, der gern ohne jede sachgemäße Hilfe die Entbindung verlaufen läßt," lebt, wo in manchen Kreisen „bis über die Hälfte aller Entbindungen von Pfuscherinnen geleitet werden," das Kindbettfieber nicht weichen will. Zweifelhaft ist aber auch für diesen Teil Preußens, wie weit die Hebammen an diesem ungünstigen Resultate beteiligt sind. Winter selbst hält die Tätigkeit des Arztes für gefährlicher als die der Hebammen.

Diese Ansicht wird jetzt von vielen Seiten geteilt. Ich hatte jüngst Gelegenheit, auf drei besonders exakte Statistiken über Kindbettfieber in der allgemeinen Praxis hinzuweisen[2]). Es handelte sich um das Königreich Sachsen, um Mecklenburg und das Königreich der Niederlande. In allen diesen Publikationen wird betont, daß man die Hebammen nicht, wie früher, für die immer noch bestehende große Kindbettfiebersterblichkeit allein verantwortlich machen dürfe, daß vielmehr die Aerzte mindestens die gleiche, wenn nicht eine größere Schuld treffe.

Nun, wenn dem so ist, warum will man denn jetzt gegen die Hebammen vorgehen und sie degradieren, indem man ihnen die innere Untersuchung verbietet. Wenn Winter einige Fälle von Uebertragung von Seiten der Hebammen anzunehmen sich berechtigt glaubt, so beweisen die eben genannten Statistiken, daß solche Uebertragungen mit tödlichem Ausgange durch Hebammen anderswo jetzt zu den Seltenheiten gehören. Und warum soll der Mißstände in einem kleinen Bezirke halber die ganze Hebammenschaft Preußens in Bestimmungen eingezwängt werden, die, m. E., ganz unhaltbar sind?

Von einem vollständigen Verbieten der inneren Untersuchung einer Gebärenden kann ja gar nicht die Rede sein. Das würde zu den unglaublichsten Vorgängen führen. Ich könnte Seiten füllen mit Beispielen, wo die Unterlassung der inneren Untersuchung für die Mutter und für das Kind verderbenbringend sein würde. Wenn aber einmal der Hebamme, sei es auch nur für eine beschränkte Zahl der Fälle, die innere Untersuchung erlaubt, ja geboten wird, dann kann man diese Fälle im Lehrbuch doch nicht festlegen, sondern muß es der Leiterin der Geburt, der Hebamme, überlassen, die die Verantwortung trägt, wann und wie oft sie eine innere Untersuchung für notwendig erachtet.

---

[1]) Allgemeine Deutsche Hebammen-Zeitung; 1912, Nr. 3, S. 44 und 45.
[2]) Sammlung Klin. Vorträge; 1912, Nr. 651.

Kreisarzt Dr. Schultz-Schultzenstein hat eine Reihe von Fällen, in denen er die innere Untersuchung für entbehrlich hält, zusammengestellt.[1]) Meines Erachtens setzt er eine übergroße Geschicklichkeit in der Anwendung der äußeren Untersuchung und Beurteilung der dadurch gewonnenen Resultate für die Hebammen voraus. Er überschätzt überhaupt den Wert der äußeren Untersuchung. Als Schüler Leopolds hat er sich in die Ideen des Geburtshelfers eingelebt, der, vor allem die äußere Untersuchung befürwortend, die innere für meist entbehrlich hält. Ich habe seiner Zeit versucht, das Unberechtigte dieser Anschauung und die nachteiligen Konsequenzen einer solchen Lehre besonders in der Hebammenpraxis zu beweisen, und habe erlebte Beispiele gebracht, die meine Befürchtung stützen.[2])

Meine damaligen Erwägungen hatte ich zusammengefaßt in dem Schlußsatz: „Die äußere Untersuchung allein leistet keineswegs das Gewünschte, a) weil sie intra partum technisch zu schwer auszuführen und daher nur von wenigen, sehr geübten Personen mit einigem Erfolge verwendet werden kann; b) weil sie nur einen kleinen Teil der Geburtsanomalien aufdeckt, die für Mutter oder Kind verhängnisvoll werden können; c) auch sind der äußeren Untersuchung, wenn sie kräftig ausgeführt wird, schädigende Störungen im Geburtsvorgange nicht abzusprechen".

Ausführlich bin ich dann auf die Begründung dieser drei Sätze eingegangen. Ich brauche diese hier nicht zu wiederholen, da die Deutsche med. Wochenschrift jedem Arzte leicht zugängig ist.

Statt größerer Verwertung der äußeren Untersuchung, Zurückdrängung der inneren sollte es, m. E., heißen: Vervollkommnung der äußeren und inneren Untersuchung, Anwendung beider zu Nutzen der Gebärenden.

Zur Vervollkommnung der äußeren Untersuchung rechne ich die schonende Ausführung gegenüber der Art und Weise, wie sie von Aerzten und Hebammen vielfach gehandhabt wird. Ich habe schließlich statt der Griffe, die, mit beiden Händen ausgeführt, die Feststellung der Lage, Stellung des Kindes usw. bezwecken, durch leichte tastende Berührung mit einer Hand, mit den drei mittleren Fingern, vielfach dasselbe erreicht; dabei der Frau die Schmerzen erspart und keine Verlagerung oder Verschiebung des Kindes verursacht.

Wird die innere Untersuchung so ausgeführt, wie wir sie im Hebammenunterricht in Marburg lehrten, so kann sie unmöglich Schaden anrichten. Im Lehrbuche sollten diese Kautelen genau angegeben werden.

Wenn Schultz-Schultzenstein die Auskultation als

[1]) Zeitschrift für Medizinalbeamte: 1912, Nr. 9.

[2]) Die Bedeutung der äußeren Untersuchung gegenüber der inneren. Deutsche med. Wochenschrift; 1896, Nr. 44.

ein Mittel hervorhebt, das die Hebamme allein, ohne innere Untersuchung, über Lagerung, Leben, Wohlbefinden des Kindes, über Fortschritte in der Geburt usw. aufklären soll, so muß ich aus meiner Erfahrung dem entgegenhalten, daß die Auskultation, in der Austreibungsperiode unter Umständen recht schwer ausführbar, nur zweideutige Resultate gibt. Und erst recht in der Hauspraxis, wo nicht, wie in einer Entbindungsanstalt, die Umgebung, und wohl auch die Gebärende selbst, zu vollständiger Ruhe angehalten werden kann.

Ich rede keineswegs einer Vieluntersucherei intra partum das Wort. Planloses Untersuchen ist streng zu verurteilen. Aber es geht auch nicht an, die Zahl der inneren Untersuchungen auf ein bestimmtes Maß festzulegen. Angst vor der inneren Untersuchung, weil unter Umständen strafwürdig, würde nur zum Nachteil der Frau und des Kindes führen. Wer die Verantwortung trägt, muß auch dieses wichtigen Mittels sich bedienen dürfen, wenn er eine Aufklärung nötig hat.

Abgesehen von dem Nutzen, den die innere Untersuchung dem Arzte, der Hebamme und damit indirekt der Mutter und dem Kinde bietet, halte ich ihre Untersagung oder Einschränkung auf wenige bezeichnete Fälle auch aus dem Grunde für undidaktisch, weil die innere Untersuchung das wichtigste Mittel zur Fortbildung ist. Ohne innere Untersuchung kein Fortschritt.

Es ist klar, daß in dem kurzen Zeitraume eines Kursus eine Hebamme nur wenige Geburtsfälle genau durch die innere Untersuchung verfolgen kann. Bei pathologischen Geburten wird sie seltener zur inneren Untersuchung zugelassen. Viele Vorkommnisse hat sie überhaupt im Kursus nicht zu sehen bekommen. Wie will sie denn nun sich weiter bilden, wenn sie innerlich nicht untersuchen darf?

Und nun frage ich schließlich: Was berechtigt denn jetzt zu einem solchen Eingriff in den Unterricht, und ich darf sagen, in die Rechte unserer Hebammen? Haben sich denn die Verhältnisse so verschlimmert, daß man nur auf diese Weise Abhilfe schaffen kann?

Nein, im Gegenteil! Die Sterblichkeit im Kindbett nach nur von Hebammen geleiteten Geburten hat abgenommen. Methoden, die Hand keimfrei zu machen, sind vorhanden und auch für Hebammen ausführbar, so daß bei deren richtiger Anwendung der Keimimport und die Uebertragung wegfällt. Es ist unbestritten, daß innere Untersuchung mit sterilem Handschuh ausgeführt, keine besseren Resultate in bezug auf Morbidität und Mortalität gibt, als solche, in denen die innere Untersuchung mit gründlich desinfizierter Hand vorgenommen wurde.

Wenn dennoch in der allgemeinen Praxis die Resultate auch nach normalen Geburten schlechter sind als in Entbindungsanstalten, so liegt das teilweise an den unhygienischen Zuständen in den Wohnungen der Bevölkerung, an der Gleich-

gültigkeit ungebildeter Menschen und, wenn die Hebamme gegen die Regeln der Antiseptik fehlt, an der Degeneration. Und wodurch diese Degeneration zu Stande kommt, wissen wir. Da helfen keine Vorschriften des Lehrbuchs, keine Strafen. Der Hebammenstand muß vielmehr innerlich und äußerlich gehoben werden. Das ist so unzählige Mal und fast einstimmig gesagt; geschehen ist freilich noch nicht viel.

Will man ihn aber heben, dann darf man ihn nicht in seiner wissenschaftlichen Fortbildung hemmen, man darf den Hebammen nicht die innere Untersuchung verbieten.

Nicht Drill, sondern Erziehung zur Bewegungsfreiheit ist eine Hauptbedingung für unsere Hebammenreform.[1])

Auch ein Wort zur Frage der inneren und äußeren Untersuchung der Schwangeren bezw. Gebärenden.

Von Med.-Rat Dr. **Litterski**, Kreisarzt in Mayen.

Um das Kindbettfieber noch mehr einzuschränken, geht in der letzten Zeit die Strömung dahin, die inneren Untersuchungen der Schwangeren und Gebärenden durch die Hebammen noch mehr einzuschränken, als es in dem Hebammenlehrbuch von 1904 — Dienstanweisung § 22 — vorgeschrieben ist. Herr Kollege Dr. Schultz-Schultzenstein spezifiziert in Nr. 9 dieser Zeitschrift einige Fälle, wo er glaubt, daß die innere Untersuchung unterbleiben könnte. Es fragt sich nur, ob dies in der Praxis und bei dem qualitativen Stande der jetzigen Hebammen vorteilhaft oder nachteilig für die Gebärenden werden würde?

Es gab eine Zeit — allerdings ist es etwas lange her, etwa 30 Jahre — wo die Hebammen übermäßig viel touchierten. Sie lagen, kann man sagen, mit ihren Fingern fast ständig auf der Lauer in der Scheide. Selbst in der Austreibungsperiode touchierten sie nach jeder kräftigen Wehe, um zu sehen, was die Wehe geschafft hat und trösteten die Gebärenden: es geht gut voran, es kommt bald! Dies entsprach dem damaligen wissenschaftlichen Standpunkt, wo die verschiedenen Krankheitserreger noch nicht bekannt waren und wo man großes Gewicht gelegt hat auf die Feststellung nicht nur der Hauptlagen, sondern auch auf die Unterarten. Deshalb wurde, an dem bei jedem Physikate (wenigstens im Osten) vorhandenen Phantom, Kinderpuppe, knöchernem Becken, Kinderschädel, bei den Nachprüfungen darauf besonders geprüft und darauf gehalten, daß geprüft wurde.

Zweifellos wird man jetzt ein derartiges häufiges Touchieren als Kunstfehler, als vorschriftwidrig bezeichnen und mit Recht. Ich glaube aber, so weit ich orientiert bin, annehmen zu können,

[1]) Ahlfeld, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie; 1909, Bd. 65.

daß dieser Unfug, diese Unsitte nicht mehr bestehen, und daß tatsächlich möglichst wenig touchiert wird. Wenn man aber jetzt noch mehr die innere Untersuchung einschränken will, als sie durch das Lehrbuch eingeschränkt ist, so glaube ich, daß man in das Extrem von dem, vor etwa 30 Jahren geübten Verfahren verfallen würde. Damals viel touchiert, jetzt fast gar nicht, was aber nicht zum besonderen Vorteile für die Gebärenden ausfallen dürfte. Wie stellt sich die Sache in der Praxis? Ich meine die Praxis in Stadt und Land und nicht in den Geburtanstalten, Kliniken. Die innere Untersuchung der Schwangeren erfolgt meines Erachtens im ganzen selten; auch habe ich noch niemals erlebt, erfahren, daß durch diese Untersuchung je eine Infektion, ein Kindbettfieber erfolgt sei.

Die Hebamme wird im allgemeinen meist gerufen, wenn die Tätigkeit der Wehen begonnen, wenn die Geburt bereits im Gange ist. Da kommt es darauf an, kurz, schnell und sicher festzustellen: Die Lage, die Haltung des Kindes, das Befinden der Gebärenden, des Kindes, ob normale Verhältnisse vorliegen oder nicht, ob spontane Geburt, die normale Wehentätigkeit vorausgesetzt, zu erwarten ist, oder ob sofort, eventuell ob später ärztliche Hilfe erforderlich sein wird oder nicht. Alles dieses läßt sich ohne innere Untersuchung nicht feststellen; wenigstens kann man dies von den Hebammen nicht verlangen. Selbst wenn sofort ein Arzt, anstatt der Hebamme, zur Leitung der Entbindung zugezogen werden sollte, würde er sich mit der äußeren Untersuchung kaum begnügen und würde kaum auf Grund des äußeren Befundes sich ein klares Bild über die oben angeführten Verhältnisse verschaffen können. Die Hebamme findet z. B. den Kopf fest im Beckeneingang stehen; wie tief er gerade steht und was für Unterart der Lage vorliegt, läßt sich nur durch innere Untersuchung feststellen. Es mag ja sein, daß Geburtshelfer von Fach dies durch bloße äußere Untersuchung feststellen können, aber von der Hebamme und dem praktischen Arzte kann man dies nicht verlangen. Wie kann z. B. die Hebamme feststellen, ob das Becken verengt ist oder nicht, ob Geschwülste im Becken vorhanden, ob der Vorberg zu erreichen ist oder nicht, als lediglich durch die innere Untersuchung? Die Messung und Bewertung der anderen Beckenmaße kann man von der Hebamme nicht verlangen. Und es heißt, schnell und sicher zu handeln! Ist verengtes Becken vorhanden, so ist der Arzt sofort zu rufen, der doch erst nach 2—3 Stunden und später auf dem Lande zur Stelle sein kann. Ferner findet z. B. die Hebamme eine Querlage; nun muß sofort festgestellt werden, ob nicht eine Hand, Arm, Nabelschnur vorgefallen sind und sofort der Arzt zu rufen ist, dem die Hebamme die Diagnose schriftlich mitzuteilen hat, damit er sich danach richtet, beeilt etc.

Ich glaube also, daß wir z. Z. mit den jetzigen Vorschriften des Hebammenlehrbuchs: viel äußerlich, möglichst wenig innerlich zu untersuchen, zufrieden sein können. Dieser

Grundsatz wird wohl auch von jedem Kollegen in der Nachprüfung stets und immer den Hebammen eingeprägt, und da muß er doch haften bleiben. Die lediglich äußere Untersuchung kann vorläufig für die Spezialisten, die Geburtanstalten, Kliniken vorbehalten bleiben. Hier sind geschultes Personal, Fachärzte vorhanden, die jeder Zeit sofort eingreifen können, während doch in der gewöhnlichen Praxis derartiges Personal fehlt und der Arzt erst gerufen werden muß, der oft erst nach etlichen Stunden zur Stelle sein kann. Spezielle Fälle von der inneren Untersuchung auszuschließen, erscheint mir nicht angängig. Die Bestimmung muß kurz, präzis im allgemeinen gefaßt werden, für alle Fälle passend.

Schließlich werden wir das Kindbettfieber bei dem jetzigen Standpunkt der Wissenschaft — ektogene und endogene Infektion — nicht aus der Welt schaffen, wobei man den Hebammen im allgemeinen bei objektiver Beurteilung in den wenigsten Fällen die Schuld beimessen kann. Die Infektionen sind vielmehr abhängig von vielen anderen Faktoren: ärztlichen, oft schwierigen nötigen Eingriffen, von der ganzen Umgebung der Gebärenden, ich meine Reinlichkeit im Geburtszimmer, Wäsche, Unterlagen etc., und schließlich von einer gewissen konstitutionellen Disposition der Gebärenden. Habe ich doch in meiner früheren Praxis erlebt und jeder Arzt wird es auch erlebt haben, daß oft nach recht schwierigen, zeitraubenden Manipulationen bei der Gebärenden, z. B. nach schwerer Extraktion bei Perforation, nach schwerer Wendung, wo es bei den ärmlichen Verhältnissen nicht immer aseptisch zuging und zugehen konnte, kein Kindbettfieber eingetreten ist, wohl aber nach einer einfachen leichten Zangen-Entbindung. Ich meine also, wir können jetzt auf der goldenen Mittelstraße vorläufig weiter wandeln und nicht zu weit gehen zum Wohle der Gebärenden selbst; denn das Nichterkennen der richtigen Lage, der geschilderten Verhältnisse des Falles, wo eventuell das Rufen des Arztes verspätet — kommt auch jetzt noch manchmal vor — werden würde, würde erst recht das Eintreten des Kindbettfiebers, wenn nicht sogar den Tod der Gebärenden, während oder kurz nach der Operation, begünstigen.

Theoretisch erscheint manches sehr schön, gut, ideal, aber in der Praxis erweisen sich oft die Erfolge anders und bestätigen nicht immer die Theorie.

Auch gegen den aufgestellten Leitsatz des Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Winter in den Veröffentl. aus dem Gebiete der Med.-Verw.; I. Band, 1. Heft über Kindbettfieber: „Den Hebammen ist die Tamponade bei Aborten und Placenta praev. zu verbieten“, dürften in der Praxis doch erhebliche Bedenken zu erheben sein. Die Hebamme wird z. B. zu einer Gebärenden gerufen, findet Abort oder Placenta praev. mit starker Blutung; Arzt ist in 2—3—4 Stunden nicht zu haben: soll nun die Hebamme die Hände in den Schoß legen, nichts tun und die Frau verbluten lassen, lediglich deshalb, weil eventuell infolge der Tamponade Kindbettfieber eintreten könnte?

Ebenso ist die Forderung des Leitsatzes, daß nur mit Gummihandschuh untersucht werden soll, bedenklich. Die Forderung mag gerechtfertigt sein für Kliniken, Entbindungsanstalten, wo die Hebammen, Anstaltsärzte große Uebung haben, aber nicht für die allgemeine Praxis; denn von den Hebammen, die jährlich 20—30 Entbindungen haben, kann man diese ständige Uebung nicht voraussetzen, ganz abgesehen davon, daß das Tastgefühl, worauf es bei der Untersuchung hauptsächlich ankommt, durch die Gummihandschuhe mehr oder weniger verloren geht. Ich glaube, daß man mit diesen Forderungen mehr schaden, als nützen würde.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Diagnose der Art gekochten Fleisches durch die Ueberempfindlichkeitsreaktion. Von Jean Minet und J. Leclercq. Vorgelegt von A. Calmette. Aus dem Institut Pasteur de Lille. Comptes rendus de la soc. de biol.; 1912, LXXII, Nr. 14.

Uhlenhuth und Haendel hatten nachgewiesen, daß man mit gekochtem Fleisch Anaphylaxie erzeugen könne und daß die Ueberempfindlichkeitsreaktion zur Bestimmung der Art des angewandten Fleisches dienen könne.

Die Autoren kamen während ihrer Studien[1]) über die Anwendung der Anaphylaxie in der gerichtlichen Medizin zu denselben Ergebnissen, die die von Uhlenhuth und Haendel erhaltenen Resultate bestätigen. Die verschiedenen in der Küche insbesondere auch bei der Wurstbereitung üblichen Maßnahmen beeinträchtigen die Spezifität der Reaktion nicht. Handelt es sich indessen um Fleisch einer einzigen Sorte, so folgt die Sensibilisierung den üblichen Gesetzen der Anaphylaxie: die vorbehandelten Meerschweinchen reagieren auf das entsprechende Serum und nur auf dieses allein; sind die Würste dagegen aus mehreren Fleischarten hergestellt, so kann die Sensibilisierung sich nicht im gleichem Maßstab für die verschiedenen Fleischarten vollziehen — manchmal bleibt sie sogar völlig aus.

Der Wert der Reaktion zur Bestimmung der Art gekochten Fleisches ist um so größer, als die Praezipitationsreaktion für diesen Fall versagt. Trotzdem sind die Einschränkungen insbesondere dann geboten, wenn es sich um Fleisch-Gemische handelt. Dr. Mayer-Simmern.

Ueber plötzlichen Tod durch Herzkammerflimmern. (Gleichzeitig ein Beitrag zur Erklärung plötzlicher Todesfälle bei Status thymicolymphaticus.) Von Prof. H. E. Hering. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 14 und 15.

Verfasser kommt auf Grund seiner Beobachtungen und Erfahrungen bei Tieren und Menschen über das 1849 zuerst beim Säugetier beobachtete und und von Verfasser 1894 konstatierte „Herzflimmern" zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Experimentell steht fest, daß Säugetiere durch Herzkammerflimmern plötzlich sterben können, wobei der Tod innerhalb sehr kurzer Zeit erfolgt (Minutentod), und die Atmung einige Zeit fortbesteht, während die Kammern kein Blut mehr austreiben (Flimmerlähmung).

2. Zum Zustandekommen des Flimmerns sind mindestens 2 Faktoren erforderlich: Die Disposition (D) und die Auslösung (A). Besonders betont wird, daß in dem Verhältnis A : D bei gesteigertem D das A relativ geringfügig sein kann.

3. Kammerflimmern ist am künstlich wiederbelebten menschlichen Herzen nachgewiesen.

---

[1]) Diese Zeitschrift, 1911, S. 530.

4. Bei plötzlichen unerwarteten Todesfällen wird man auch beim Menschen an das Kammerflimmern als letzte Ursache des Todes mit denken können, falls der Tod wirklich ein plötzlicher, ein Minutentod ist.

Hierzu ist es nötig, möglichst präzis die Zeit zu bestimmen, innerhalb welcher der Tod erfolgte, wie auch die Art und Reihenfolge der Absterbeerscheinungen genau zu beobachten, besonders auch, ob die Atmung die klinisch nicht mehr nachweisbare Herztätigkeit überdauert (Ueberdauern der Atmung).

6. Da das Ueberdauern der Atmung auch bei anderen Todesarten vorkommen kann, wird man das Kammerflimmern als letzte Todesursache nur in solchen plötzlichen Todesfällen heranziehen können, in denen entsprechende klinische Anhaltspunkte für eine andere Todesart fehlen.

7. Ergibt die Sektion in solchen plötzlichen Todesfällen keine aus eichende Erklärung für die Plötzlichkeit des Todes, so widerspricht dieswenigstens nicht der auf Grund der klinischen Anhaltspunkte vermuteten Todesart durch Kammerflimmern.

8. Als klinische Anhaltspunkte für den Kammerflimmertod kommen Herzstörungen, besonders die erethischen (myoeretische oder neuroerethische) Herzstörungen in Betracht, in welche Gruppe die Extrasystolen, der Irregularis perpetuus (Vorhofflimmern) und die Tachykardien gehören.

9. Diese klinischen Anhaltspunkte können sich auf die experimentelle Erfahrung stützen, daß bei entsprechender Disposition (D) Kammerflimmern auftreten kann im Anschluß an Extrasystolen und Tachykardien und sich zu Vorhofflimmern hinzugesellen kann.

Kammerflimmern wurde experimentell beobachtet z. B. nach intravenöser Injektion entsprechender Dosen von Kalium oder Kaliumsalzen; ferner nach Abbindung einer Koronararterie, wobei es zu Extrasystolen, Tachykardien und schließlich zum Flimmern kommt. Auch die Narkose, besonders die Chloroformnarkose kann unter Umständen Flimmern hervorrufen, ebenso die Erstickung. Besonders leicht tritt Flimmern an dilatiertem Herzen auf.

10. Unter Berücksichtigung aller bis jetzt bekannten in Betracht kommenden Umstände wurde der ganz plötzliche Tod einer 21 jährigen Patientin, die an Herzklappenfehler und Irregularis perpetuus litt, vermutungsweise auf Kammerflimmern bezogen, welcher Vermutung die den plötzlichen Tod nicht erklärende Sektion nicht widersprach.

11. Bei der Sektion wurde auch ein Status thymico-lymphaticus festgestellt. Von A. Paltauf wurde der plötzlich eintretende „Thymustod“ auf „Herzlähmung“ bezogen, jedoch ohne Aeußerung, in welcher Art und Weise diese „Herzlähmung“ erfolge. In unserem Falle kann der gefundene Status für den Tod nur ein mitbestimmender Faktor und zwar ein disponierender (D) sein, ausgedrückt in der bekannten primären Empfindlichkeit der Träger eines solchen Status, der vielleicht auch die Disposition zum Flimmern steigert. Der plötzliche Tod während der Chloroformnarkose bei diesem Status könnte auf Grund der erwähnten experimentellen Erfahrungen in gewissen Fällen vielleicht auch auf Kammerflimmern beruhen. Allerdings käme vielleicht auch eine größere Empfindlichkeit der vasomotorischen Apparate in Betracht.

12. Diese Mitteilung ist als eine Anregung zu betrachten, bei ganz plötzlichen Todesfällen (Minutentod) des Menschen auch mit an das Kammerflimmern als letzte Todesursache zu denken. Der Beweis für das Bestehen des Kammerflimmerns kann beim Menschen mit Hilfe der elektrographischen Methode erbracht werden.

Dr. Waibel-Kempten.

Hormonalnebenwirkungen. Sammelreferat. 1. Von Dr. E. Rosenkranz in Charlottenburg. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 17. 2. Aus der chirurg. Abteilung des städtischen Alexander Krankenhauses. Von Dr. Daniel Frischberg. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 18. 3. Aus der chirurg. Abteilung des Distriktsspitals Kempten. Von Oberarzt Dr. Madlener. Verlag der Jos. Köselschen Buch- und Verlagshandlung, Kempten.

ad 1. Rosenkranz berichtet im Anschluß an einen von Kretschmer mitgeteilten, höchst unangenehmen Zufall bei einer intravenösen Hormonalinjektion über eine ähnliche üble Erfahrung bei einem wegen Appendicitis operierten und später wegen Abknickung durch frische Adhäsionen im unteren

Ileum nachoperierten 21jährigen Kaufmann, dem, als am 2. Tage nach der Operation trotz Einläufen kein Stuhl und keine Flatus abgegangen waren, eine intravenöse Hormonalinjektion gemacht wurde. Während der Injektion der ersten 10 ccm mit Spritze in eine Vene des Vorderarmes — Luftblasen waren sicher nicht vorhanden — begann Patient über Luftmangel zu klagen und sofort wie ein Dyspnoischer nach Luft zu schnappen, so daß der Zustand den alsbald eintretenden Tod befürchten ließ. Nach kurzer Zeit schrie Patient plötzlich auf, sein Kopf spränge ihm, er verzerrte das Gesicht und starrte mit den Augen, das Bewußtsein nicht verlierend; der Puls war beschleunigt, aber nicht elend; die Atemnot ließ nach Auftreten der Kopfschmerzen bald nach, diese selbst bestanden noch mehrere Stunden, dann trat Besserung ein. Verfasser ist überzeugt, daß die geschilderten, besorgniserregenden Erscheinungen nur auf Rechnung des Hormonal kommen.

ad. 2. Frischberg machte bei einem an Appendicitis operierten 36jährigen Konditor am 4. Tage nach der Operation, als weder Luft noch Darminhalt abgingen, eine intravenöse Injektion von 20 ccm Hormonal. Noch bevor die Injektion beendet war, klagte Patient über die heftigsten Kopfschmerzen und über Kopfschwere; der Puls wurde sehr niedrig und klein, die Gesichtsfarbe blaß und etwas bläulich. Kurz darauf Schüttelfrost von enormer Stärke und 30 Minuten langer Dauer. Während des ganzen Anfalles war Patient stark benommen und verwirrt, fand keine Ruhe im Bett, wollte aus demselben herausspringen und ließ sich nur mit größter Mühe festhalten. Nach Anwendung von umfangreichen Exzitantien allmähliche Erholung. Im übrigen war die Wirkung des Homonals überraschend günstig, indem bald nach seiner Einverleibung Flatus und später reichlicher Stuhlgang erfolgte.

ad. 3. Madlener operierte eine 55jährige Frau wegen eines kolossalen, 11 Kilo schweren Myoms. Nach relativem Wohlbefinden während der ersten Tage nach der Operation entwickelte sich ein paralytischer Ileus. Es erfolgte am 8. Tage eine intravenöse Injektion von 20 ccm Hormonal. Sofort, nachdem die Flüssigkeit in der Vene war, wurde Patientin, ohne einen Laut von sich zu geben, ohnmächtig, der Puls wurde schwächer, nach ungefähr 1 Minute trat Exitus ein. Die Sektion ergab außer einer hochgradigen Erschlaffung des Herzmuskels eine Auftreibung des ganzen Darms ohne Zeichen einer eitrig-fibrinösen Peritonitis. Obwohl dieser Fall auch ohne Hormonalinjektion fast sicher letal geendet hätte, so zeigt er doch, daß die Einverleibung von Hormonal, wenigstens auf dem allein als wirksam bezeichneten intravenösen Wege, für ein schwaches Herz nicht gleichgültig ist. Möglicherweise ist die durch das Hormonal bewirkte Blutdrucksenkung die Ursache der Herzlähmung. Bei einem Fall von chronischer Obstipation, bei welcher Madlener — übrigens ohne Erfolg — Hormonal intramuskulär injizierte, sah er eine Blutdrucksenkung von 140 auf 105. Dr. Waibel-Kempten.

Zeugungsunfähigkeit des Mannes. Von Dr. M. Marcuse. Sexualprobleme; 1912, Nr. 4.

Welchen Einfluß die krankhaften Veränderungen in dem konkreten Falle wirklich auf die Potentia generandi ausgeübt haben, ist in der Regel nur durch die mikroskopische Untersuchung des Samens festzustellen. Anderseits ist eine solche Untersuchung im allgemeinen auch hinreichend für die Erkenntnis einer etwa bestehenden Sterilität. Umgekehrt aber darf man, wenn es sich um den Ausschluß einer Sterilität handelt, dem mikroskopischen Befunde nicht einen absoluten Wert beimessen, zunächst weil die Zeugungstüchtigkeit des Samens vielleicht noch von anderen als den bekannten und mikroskopisch feststellbaren Momenten bedingt wird. Auch ist ja — ganz abgesehen davon, daß die Empfängnisfähigkeit des weiblichen Partners vorhanden sein muß — die Zeugung eines Menschen offenbar ein biologisch so feiner Vorgang, daß er von zahlreichen Imponderabilien abhängt und durch ein immerhin so grobes Untersuchungsergebnis, wie es aus der mikroskopischen Betrachtung des Samens genommen wird, keinesfalls gewährleistet werden kann. Aus den Ausführungen dürfte klar werden, welche hohen Anforderungen die Feststellung der männlichen Sterilität an die Erfahrung und Sorgfalt des ärztlichen Untersuchers erhebt; sie dürfte auch darüber jeden Zweifel beseitigen, daß eben nur der Arzt für die Diagnose befähigt und berufen ist. Insbesondere

sind nicht etwa Apotheker und Chemiker auf Grund ihrer Vor- und Ausbildung zur Vornahme einer technisch einwandfreien Untersuchung des Samens und zu einer richtigen und zuverlässigen Deutung der mikroskopischen Spermabefunde befähigt. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Pseudohermaphroditismus femininus. Aus dem Kinderhospital Hamburg-Borgfelde. Von Dr. Ringel. Münchener med. Wochenschrift: 1912. Nr. 16.

Im Mai 1909 wurde der 6jährige Knabe A. N. in das Kinderhospital gebracht wegen einer Hypospadie und doppelseitigem Kryptorchismus. Bei der Untersuchung der äußeren Genitalien des verhältnismäßig großen und kräftig gebauten Jungen zeigte sich der Penis ziemlich groß, etwas nach unten gebogen, das Frenulum fehlte. Die Harnröhrenmündung befand sich an der Uebergangsstelle des Skrotums zum Penis (Hypospadia peniscrotalis). Das Skrotum selbst war von normaler Größe mit einer deutlich ausgeprägten Raphe, die nach dem Penis zu etwas eingezogen war. Hoden waren weder im Skrotum noch in den Leistenkanälen zu palpieren. Nach wiederholtem Mißerfolge der Beseitigung der Hypospadie wollte Verfasser zunächst die Verlagerung der Hoden vornehmen. Nach Spaltung des rechten Leistenkanals und Oeffnung eines kleinen Peritonealschlitzes fühlte Verfasser tief im kleinen Becken ein hodenartiges Gebilde, welches nach Hervorluxierung aus der Wunde sich als ein gut ausgebildetes Ovarium mit Tube erwies; weiter ließ sich mit dem längs der Tube eingeführten Finger deutlich ein Corpus uteri von normaler kindlicher Größe palpieren. Damit war der Geschlechtsirrtum erwiesen. Man hatte nicht einen Knaben mit Kryptorchismus und Hypospadie vor sich, sondern ein Mädchen mit abnorm langer, stark entwickelter Klitoris und Atresia vulvae et vaginae. Daß eine blind endende Vagina vorhanden sein müsse, schloß Verfasser aus dem Vorhandensein einer Portio. Er versuchte nun soweit möglich normale weibliche Geschlechtsverhältnisse herzustellen, was auch nach Ueberwindung einiger Schwierigkeiten bis auf das Fehlen der kleinen Labien und die fehlerhafte Lage der Urethralmündung gelang.

Es muß nun abgewartet werden, in welcher Weise sich bei dem Mädchen weiterhin die sekundären Geschlechtsmerkmale entwickeln, ob z. B. in den Pubertätsjahren eine normale Entwicklung der Brüste stattfindet, ob Menses eintreten, ob sich ein hetero- oder homosexueller Geschlechtstrieb einstellt, ob Konzeptionsfähigkeit eintreten und ob sich endlich der zur Zeit ausgesprochen puerile Charakter der Stimme im Laufe der Jahre ändern wird.

Dr. Waibel-Kempten.

Das Gesetz von der Umformung der Beine und die X-Beine unserer Frauen. Von Dr. Karl Francke in München. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 17.

Verfasser untersuchte 1099 Menschen der verschiedensten Altersklassen, darunter 512 männliche und 587 weibliche, auf O-, parallel- oder X-beinig und in welchem Grade. Dabei spricht er von geraden oder parallelen Beinen, wenn bei geschlossenen Beinen in gewöhnlicher, nicht gezwungener Haltung, also auch bei nicht besonders durchgedruckten Knien die Knöchel und die Knieen eben einander berühren. Standen die Knieen bei dieser Haltung von einander ab und zwar bis zu 2 cm, dann wurden die Beine als O-Beine ersten Grades bezeichnet; betrug ihr Abstand über 2—4 cm, dann verzeichnete Verfasser die Beine als O-Beine zweiten Grades.

Entsprechend bezeichnete Verfasser die X-Beinstellung bei ungezwungener Haltung und eben gesshlossenen Knieen anders, je nachdem die inneren Knöchel bis 2 cm, zwischen 2—4 cm oder über 4 cm entfernt sich zeigten. Dabei kommt es weniger auf die Entfernung der Knöchel bei den X-Beinen und der Knieen bei den O-Beinen an, als vielmehr auf die Größen der entsprechenden Winkel.

Verfasser kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgendem Grundgesetz der Entwicklung des menschlichen Körpers:

1. Die Form der Beine ändert sich in seitlicher Verschiebung mannigfach während des Lebens, besonders in der frühen Jugend:

2. Diese Veränderung vollzieht sich gewöhnlich in ganz bestimmtem

Sinne: Die gewöhnlich O-, seltener parallelbeinig geborenen Menschen werden in der Zeit des Gehenlernens X-beinig. Die Männer verlieren die X-Beinigkeit bis zum 23. Jahr wieder. Nur vorübergehend zeigt sie sich bei 1/4 der Männer um das 38. Jahr wieder. — Bei unseren Frauen bleibt die X-Beinigkeit meist während des ganzen Lebens als schwere Entstellung; besonders häufig tritt sie um das 48. Jahr auf. — Starke O-Beine der 1. Jugend werden oft allmählich zu Geradbeinen, ohne daß sie durch eine X-Beinigkeit gehen.

3. Die Gestaltung der Beine ist durch die Lage des Körpers in der Gebärmutter, dann beim Gehenlernen durch die verhältnismäßig große Schwere des Körpers, im späteren Leben aber hauptsächlich durch die Lebensweise bedingt und zwar erzeugt Rührigkeit die Geradbeinigkeit, ruhiges Leben die X-Beinigkeit.

4. Gesundheit und hygienische Verhältnisse befördern die Geradbeinigkeit, Schwäche, Leiden und schlechte hygienische Verhältnisse — ganz besonders aber die Röcke unserer Frauen — befördern die X.-Beinigkeit.

Dr. Waibel-Kempten.

Beitrag zur Kenntnis der geschwänzten Menschen. Von Dr. Schwarz, dirigierender Arzt des städtischen Krankenhauses zu Elbing. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 17.

Bartels hat bekanntlich nachgewiesen, daß der geschwänzte Mensch über die ganze Erde verbreitet ist, wobei er besonders hervorhebt, daß Bildungen, die nicht am Ende der Wirbelsäule sitzen, sondern in der Gegend der Lendenwirbelsäule, nicht als Schwanzbildung aufzufassen sind, sondern als Mißbildung, wie sie häufig bei Spina bifida und Steißbeingeschwülsten vorkommt. Es ist Bartels gelungen, im ganzen 116 sicher beobachtete und einwandfreie Fälle von Schwanzbildung beim Menschen zusammenzustellen, die er in 5, im Original näher beschriebene Formen einteilt. Unter Beifügung einer Abbildung teilt er eine Selbstbeobachtung mit, bei der es sich um ein neugeborenes Kind mit einer schwanzähnlichen Bildung in der rechten Aftergegend handelte. Der Knabe war gut entwickelt und zeigte nirgends eine Mißbildung, insbesondere nicht an der Wirbelsäule, wie Spaltbildung usw. Der Schwanz war 5½ cm lang und an der dicksten Stelle knapp 1 cm dick. An der Basis des Schwanzes zeigte sich eine Einschnürung; eine ebensolche fand sich am Ende des Schwanzes. Das sich vollständig weich und schlaff anfühlende Gebilde wurde entfernt; bei seiner mikroskopischen Untersuchung fand sich in der Mitte eine ziemlich starke Arterie. Das Gewebe bestand hauptsächlich aus Fett. Der Schwanz selbst war mit einer dünnen, zarten Haarschicht bedeckt. Eine strangförmige Verbindung dieses Gebildes nach der Wirbelsäule hin war nicht festzustellen. Bei der zwei Monate später vorgenommenen Autopsie des inzwischen wegen Kniegelenkeiterung verstorbenen Kindes ließen sich keine Veränderungen an der Wirbelsäule feststellen, die von der Norm abwichen.

Dr. Waibel-Kempten.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Simulation und zweifelhafte Geisteszustände. 3. Gutachten über den früheren Gutsbesitzer Ferdinand D. (Fragliche Dementia paralytica). Von Dr. H. Hoppe, Nervenarzt in Königsberg in Pr. Vierteljahrsschrift für ger. Med. usw., 3. F.; 1912, Bd. 43, H. 2, S. 282—288.

Die Diagnose schwankte zwischen Simulation und Remissionsstadium der Paralyse; spätere Schreiben sprachen für alkoholische Degeneration. Verurteilung unter Annahme mildernder Umstände. Später im Gefängnis erhängt. Im übrigen muß auf das Original verwiesen werden. Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Sexual-Psychologie und Pathologie. Von San.-Rat Dr. Albert Moll-Berlin. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1912, Nr. 2 und 3.

Verfasser bespricht zunächst kurz den Geschlechtstrieb bei Mann und **Weib**, letzteres findet nicht so leicht den Partner für das Geschlechtsleben, der ihm zusagt, wie der Mann; diese größere Elektivität des Weibes darf nicht übersehen werden. Gelegentlich findet man gleichartige Vorgänge beim Manne.

Wie beim Weibe so gibt es auch beim Manne eine gewisse Periodizität des Geschlechtstriebes.

Ferner kann man den Geschlechtstrieb in 3 Lebensperioden einteilen: 1. in die Periode der Neutralität (das kleine Kind). 2. in die Periode des undifferenzierten Geschlechtstriebes (vor und während der ersten Jahre der Pubertät). 3. in die Periode des differenzierten Geschlechtstriebes. Die zweite Periode ist deswegen sehr wichtig, weil in ihr bei Personen, die sich später ganz normal entwickeln, anscheinend perverse Erscheinungen auftreten können.

Bezüglich der Lokalisierung des Geschlechtstriebes scheint eine so zirkumskripte Anordnung, wie sie Gall (Kleinhirn) und Krafft-Ebing (Nähe des Zentrums für den Geruchssinn) annehmen zu müssen glauben, nicht zu bestehen.

Von pathologischen Momenten bespricht Verfasser dann zunächst die Paradoxie des Geschlechtstriebes, d. h. dessen Auftreten zu einer Zeit, die normalerweise davon frei sein soll. Bezüglich des Greisenalters ist ein erhaltener Geschlechtstrieb nicht ohne weiteres krankhaft; hat er dagegen schon Jahre hindurch geruht und bricht dann in ganz besonderer Stärke wieder hervor, so liegt entschieden ein pathologisches Moment vor und der Verdacht auf eine beginnende senile Demenz ist gerechtfertigt.

Hinsichtlich der quantitativen Abweichungen, die normalerweis in weiten Grenzen schwanken können, müssen wir dann von etwas Pathologischem sprechen, wenn die Möglichkeit der Befriedigung trotz ihrer äußeren Möglichkeit nicht mehr besteht (Satyriasis, Nymphomanie). Verminderung des Geschlechtstriebes kommt auch bei Homosexuellen vor; eine Hyperaesthesie ist bei diesen durchaus nicht allgemein; sie sind oft hypästhetisch und oft in Beziehung auf die Triebstärke normal. Bezüglich des Fetischismus, des Masochismus und Sadismus, der Zoophilie, Nekrophilie und Päophilie wird Besonderes nicht hervorgehoben. In neuerer Zeit ist der Narcismus öfter beschrieben worden, wo die Neigung zu sich selbst besteht und vor dem Spiegel mit den Geschlechtsteilen manipuliert wird.

Bezüglich des Exhibitionismus hat ein Teil dieser Fälle nichts mit dem sexuellen Leben als solchem zu tun; er gehört dann zu den Zwangshandlungen, der Inhalt der Handlungen ist wohl sexuell, aber nicht das Wesen des psychischen Vorgangs.

Das Traumleben aller dieser Leute steht fast stets unter dem Einfluß des perversen Empfindens; Untersuchungen kann man sich oft dadurch erleichtern, daß man nach den Träumen fragt, weil viele Perverse eher geneigt sind, dies mitzuteilen, als was sie im wachen Zustande treiben und empfinden.

Mit Rücksicht auf die Aetiologie der Perversionen hat man beiden Faktoren, sowohl den erworbenen, als auch den angeborenen, seine Aufmerksamkeit zuzuwenden. Die Personen sind sehr oft Psychopathen. — Hinsichtlich der forensischen Bedeutung der Sexualpathologie hat man sich vorzusehen, daß nicht aus Mitleid mit den Angeklagten das Gesetz gebeugt wird, nur wenn ganz besondere Momente vorliegen, kann der § 51 dem Angeklagten voll zugute kommen, um so mehr, da viele sexuelle Akte nur einer Zügellosigkeit und keineswegs immer einer wirklichen Krankhaftigkeit ihre Entstehung verdanken.

Mit wenigen Worten wird zum Schluß noch auf die Behandlung der pathologischen Psychosexualität eingegangen. Dr. Pachnio-Stralsund.

Homosexualität und Strafrecht. Von Bruno Meyer-Berlin. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Band 44, Heft 3 und 4.

In einer kurzen Vorrede begründet Prof. Gross seinen gegen früher abweichenden Standpunkt: Homosexualität ist angeboren, entwickelt sich aber nur auf degenerativer Basis. Das homosexuelle Individuum ist asozial, weil es für die Erhaltung der Gattung wertlos ist; es muß daher im Interesse der Gesellschaft bekämpft und unterdrückt werden. Der Verfasser steht im wesentlichen auf demselben Standpunkt, nimmt aber auch eine erworbene Homosexualität an. Die Homosexualität muß nicht vom sexualwissenschaftlichen, sondern vom sozialwissenschaftlichen Standpunkte aus beurteilt und dann unter Strafe gestellt werden, sobald es durch sie zu einer Gefährdung oder Verletzung gewisser Rechtsgüter kommt.

Betätigung der Homosexualität ist immer ein Sittlichkeitsverbrechen. Als solche wertvollen Rechtsgüter kommen in Frage: der öffentliche Anstand, die persönliche Freiheit (Gewaltanwendung, Hinterlist), die Gesundheit, die Unberührbarkeit der Jugend und Unerfahrenheit; den Schutz der Jugend fordern sogar die Freunde und Verteidiger der Homosexuellen. Der passiv Beteiligte muß härter bestraft werden als der Aktive, weil er meist der Verführer ist. Damit würde auch dem Erpressertum ein Riegel vorgeschoben werden. Die weibliche Homosexualität ist gefährlicher als die männliche, weil sie stets einen Verlust für die Gattung bildet, nichts zur Erhaltung der Gattung beiträgt. Am härtesten zu bestrafen ist der Erpresser. „Die Erpressung ist eine moralische Tortur von unerhörter Grausamkeit.“ Es muß gelingen, dem betreffenden Gesetzesparagraphen eine Form zu geben, durch die nicht nur die eventuell recht hohe Strafe gewährleistet, sondern auch der Rechtsfriede des Einzelnen geschützt werden soll. Notwendig ist vor allem der Schutz der Jugendlichen, bei Selbständigen möge Duldung am Platze sein. Darüber hinaus aber gibt es kein Paktieren.

Der Aufsatz dürfte einen wichtigen Baustein für die künftige Strafrechtsreform bilden. Möge es gelingen, die darin ausgesprochenen Gedanken in die richtige Form zu gießen. Dr. v. Mach-Bromberg.

C. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Ueber Simulation. Von Oberstabsarzt Dr. Daunehl. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1912, Heft 10.

Beim Auftreten des Verdachtes einer Krankheitsvortäuschung ist zunächst zu prüfen, ob die Ursache des Verdachtes nicht in der Unvollkommenheit der eigenen Untersuchung, in falscher Bewertung eines richtigen Befundes oder in gewissen Eigenschaften des Untersuchten (z. B. Aengstlichkeit, Mißverstehen, Nervosität) zu suchen ist. Stets muß bei sich widersprechenden Angaben an Hysterie gedacht werden, deren Verhältnis zur Simulation sehr schwer zu beurteilen ist. Bei der Untersuchung auf Simulation empfehlen sich Ueberrumpelungsversuche und besondere detektivartige, oft nicht einwandfreie Mittel im allgemeinen nicht. Unter den eigentlichen Simulationsproben ist die Zahl der objektiven klein. Die subjektiven Proben erhalten nur Wert als Vergleichs- und Vervollständigungsmittel der objektiven Untersuchung; ihrem positiven wie ihrem negativen Ausfall gegenüber ist Vorsicht am Platze. Daunehl teilt sie in folgende Gruppen ein: 1. Irreführung des Simulanten; 2. Ablenkung seiner Aufmerksamkeit; 3. Herbeiführung eines Verwirrungszustandes; 4. Ausnutzung allgemein vorhandener Unvollkommenheiten des Wahrnehmungs-, Bewegungs- und Ueberlegungsvermögens. Diese Einteilung ermöglicht methodisches Vorgehen in der Auswahl, der Abänderung und der Erfindung von Proben; sie erleichtert das Aufstellen des Untersuchungsplanes im einzelnen Falle. Dr. Bernstein-Allenstein.

Traumatische Neurasthenie und Gicht. Von Dr. Dreyer-München. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen; 1912, Nr. 3.

Ein Eisenbahnreisender hatte angeblich dadurch einen Unfall erlitten, daß sein Zug an einen Güterzug auffuhr und er mit dem Kopfe gegen die Klinke einer Tür geworfen wurde. Objektive Zeichen einer Gehirnerschütterung oder Kopfverletzung waren nicht vorhanden. Die begutachtenden Aerzte waren verschiedener Ansicht. Das Schiedsgericht setzte 25 % Rente fest. — Verf., zum Obergutachten aufgefordert, brachte in Erfahrung, daß Pat. seit Jahren an Gicht leide und kurz vor dem Unfalle lange Zeit an Gicht krank gelegen hatte. Er kam daher zu dem Urteil, daß 10 % Rente ihm im allerhöchsten Falle zu bewilligen seien, da seine Leiden weniger auf den unbedeutenden Unfall, sondern hauptsächlich auf seine gichtische Erkrankung zurückzuführen seien. Das Reichsversicherungsamt schloß sich diesen Ausführungen an und erkannte auf 10 %. Dr. R. Thomalla-Altena-Lüdenscheid.

Leukämie und Unfall. Von Prof. Dr. Liniger-Düsseldorf. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen; 1912, Nr. 2.

Einem ca. 20 Jahre alten Arbeiter R. fiel ein schwerer eiserner Träger

auf den rechten Unterschenkel. Starke Quetschung ohne Knochenbruch; Behandlung in Volkmannscher Schiene mit feuchten Verbänden. Infolge der Verbände entstanden Furunkel mit starkem Zerfall der Haut und schlechter Heiltendenz. Nach erfolgter Wiederherstellung war Patient zu schwach zur Arbeit. Später erkrankte er an Leukämie und dabei an Priapismus. Verf. gibt sowohl den Befund, als in interessanter Weise die Beurteilung des Falles wieder, bei der er die Wahrscheinlichkeit des Zusammenhanges der bei R. bestehenden Leukämie mit dem Unfalle bejaht.

Dr. R. Thomalla-Altena-Lüdenscheid.

Ueber Pancreatitis und Unfall. Von Prof. Dr. Dreesmann-Cöln. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1912, Nr. 5.

Zunächst wird in aller Kürze das Krankheitsbild und die pathologische Anatomie der Pancreatitis besprochen. Die schwersten Fälle treten in Form der Pankreasapoplexie und Fettgewebsnekrose auf unter Peritonitis- und Ikterusartigen Erscheinungen.

Die direkten Verletzungen, bei denen meist noch andere Organe mitbetroffen werden, sind sehr leicht zu beurteilen. Eine Verletzung des Pancreas hat fast stets auch eine Entzündung desselben im Gefolge; ebenso schließt sich an die Zerreißung des Drüsengewebes so gut wie immer in den ersten Tagen eine Fettgewebsnekrose an, die zu Peritonitis und Exitus führt.

Schwerer schon ist die Frage zu entscheiden, ob auch indirekt eine Verletzung des Pancreas und Pancreatitis erzeugt werden kann; doch auch hier ist es sicher, daß lediglich eine starke Erschütterung ohne jede weitere Verletzung Blutungen in der Drüse bewirken kann, die entweder sofort oder in den nächsten Tagen erhebliche Beschwerden verursachen. Dafür aber, daß auch eine leichte Muskelanstrengung oder z. B. ein leichter Fall eine Pankreasblutung hervorrufen kann, sind nur wenige Beispiele aus der Literatur verwendbar. Immerhin kommen solche Fälle vor und müssen als entschädigungspflichtiger Unfall anerkannt werden, wie Verfasser an einer eigenen Beobachtung zeigt. Es treten jedoch diese Fälle nur bei solchen Leuten auf, die eine gewisse Disposition dafür haben: Potatoren, Fettleibige, Personen mit Cholelithianis, Cholecystitis, Magendarmstörungen usw. Zweifellos kann auch eine temporäre Disposition vorhanden sein, wie etwa ein einmaliger gröberer Diätfehler. Je leichter das Unfallereignis ist, um so kritischer wird hier die Folge zu prüfen sein.

Ueberaus schwer sind die Fälle zu beurteilen, bei denen eine von vornherein chronische Pancreatitis mit einem Unfall in Verbindung gebracht wird. Hier ist der größte Nachdruck auf den Nachweis des zeitlichen Zusammenhangs zu legen. Im allgemeinen ist dabei das Vorliegen einer Blutung anzunehmen, die anstatt zu einer akuten Entzündung zu einem Abzess oder einer Zyste geführt hat. Eine große Bedeutung spielt hierbei der Urinbefund; denn der Nachweis von Zucker spricht für eine Pankreaserkrankung, das Fehlen desselben schließt allerdings dieselbe keineswegs aus.

Da eine Pancreatitis zweifellos erheblich öfter vorkommt, als im allgemeinen angenommen wird, so ist es durchaus notwendig, daß sowohl der praktische Arzt, wie der Gutachter sich mit dem Krankheitsbild genau vertraut machen.

Dr. Pachnio-Stralsund.

Ueber traumatische Lähmung im Gebiete des Plexus lumbosacralis. Von Privatdozent Dr. Quensel-Leipzig. Mit 2 Abbildungen. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen; 1912, Nr. 2.

Ein Knabe erhielt dadurch einen Unfall, daß die Räder eines Wagens über seinen Rücken gingen. Ein Knochenbruch war nicht nachweisbar, sondern nur Quetschung der Weichteile pp. — Patient war weder erblich belastet, noch hatte er ernsthafte Krankheiten durchgemacht. Verf. gibt eine Beschreibung des teilweise gelähmten linken Beines und erläutert diese durch zwei Abbildungen. Er kommt in seinem Gutachten zu dem Schluß, daß der Verletzte 40—50 % erwerbsunfähig ist. Als Haupterscheinungen sind nach seiner Ansicht anzusehen: Lähmung des Musculus glutaeus medius und minimus. Zum Schluß führt Verf. noch einige ähnliche Fälle aus der Literatur an.

Dr. R. Thomalla-Altena-Lüdenscheid.

Die totalen Wirbelverschiebungen im Bereich der unteren Halswirbelsäule, ihre Prognose und Beurteilung. Von Dr. Franz Quetsch. Aus der orthopädischen Heilanstalt „Hüfferstiftung" zu Münster i. W. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 18.

Verf. berichtet unter Mitteilung der Krankengeschichten und unter Beifügung von Abbildungen über 5 Fälle von Totalluxation, darunter eine — sehr seltene — nach hinten.

Der 1. Fall betraf eine nach Hornstoß in den Nacken eingetretene Totalluxation nach vorn des 5. über den 6. Halswirbel mit Verhakung der Gelenkfortsätze, Hämatomyelie. Beurteilung: Nach erfolgter voller Angewöhnung und genügender Kompensation kein meßbarer Schaden.

Der 2. Fall betraf eine nach Fall vom Baum mit dem Kopf zur Erde erfolgte totale Beugeverrenkung des 5. über 6. Halswirbels mit Kompressionserscheinungen am 6. Halswirbel, Diastase der Gelenkfortsätze und anfänglicher Markkompression. Beurteilung: Nach langer Gewöhnung auf die halbe Arbeitskraft geschätzt (Verletzter einverstanden).

Der 3. Fall betraf eine nach Aufschlagen des Nackens auf einen Balken erfolgende Totalluxation nach vorn des 6. über den 7. Halswirbel mit Diastase der Seitengelenkpaare und Dornfortsatzbruch. Hämatomyelie. Beurteilung: Nach voller Gewöhnung Erwerbseinbuße 40 Proz. (Verletzter einverstanden).

Der 4. Fall betraf eine nach Fall vom Pflaumenbaum auf den Kopf eintretende Totalluxation durch Beugung nach vorn mit Aufsitzen der Gelenkfortsätze und anfänglicher Markkompression. Beurteilung: Nach voller Gewöhnung und genügender Kompensation keine meßbare Beeinträchtigung.

Der 5. Fall betraf eine nach Fall von ca. 3 m Höhe auf den Kopf erfolgte Totalluxation nach hinten des 5. über den 6. Halswirbel mit Diastase der Gelenkfortsätze. Hämatomyelie. Beurteilung: Uebergangsrente von 30 Prozent.

Die Prognose der früher allgemein für ganz infaust angesehenen totalen Wirbelverschiebungen hat sich also bei der gesteigerten Zuhilfenahme der Röntgenstrahlen zum Zwecke der Diagnosenstellung bedeutend verbessert. Es können nicht reponierte totale Wirbelverrenkungen bei jüngeren und kräftigen Personen nach erfolgter Kompensation durch Anpassung und nach eingetretener Gewöhnung so weit ausheilen, daß sie für die Verletzten kein wesentliches Hindernis darstellen, seine ihm innewohnende Arbeitskraft in normaler Weise zu bestätigen.

Einer Reposition sind nur die frischen Fälle zugänglich; sie ist in allen Fällen durch vorsichtige Extension im Extensionsrahmen mit nachfolgendem Gipsverband zu empfehlen, wo die Markstörungen bedrohlicher Natur sind.

Dr. Waibel-Kempten.

Ueber einseitige Trommelschlägelfingerbildung infolge veralteter Schulterluxation. Von Dr. Klauser, Arzt für Chirurgie in Bamberg. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 17.

Verfasser beobachtete im Sommer 1911 bei einer Frau eine einseitige Trommelschlägelbildung an den Fingern der rechten Hand, wo jedoch kein Aneurysma, sondern der Kopf des 5 Monate vorher luxierten und in dieser Stellung verbliebenen Humerus als ursächliches Moment angesehen werden mußte, insofern hierdurch genau wie bei Aneurysmabildung durch dauernden Druck auf den Plexus br. neuritische Erscheinungen hervorgerufen wurden (komplette Plexuslähmung). An sämtlichen Fingern der gelähmten Hand waren die Endglieder deutlich kolbig verdickt, die Nägel glänzend und uhrglasförmig verkrümmt. Das Röntgenbild der Hand ergab an den Endphalangen keine Veränderungen, wohl aber an allen Knochen der gelähmten Hand eine Knochenatrophie im Sinne Sudecks. Verfasser glaubt, daß lediglich neuritische Vorgänge die Deformierung der Finger ausgelöst haben. Es wäre zu erwägen, ob man fernerhin berechtigt ist, von der Marieschen Krankheit als einer Krankheit sui generis zu sprechen; Verfasser meint vielmehr: „Die ganzen Erscheinungen von den leichtesten Fingerauftreibungen bis zu den ausgebildeten Knochenveränderungen sind eben doch nur als Krankheitssymptome aufzufassen, die als Ausdruck neuritischer Veränderungen bei den verschiedensten Krankheiten vorkommen können." Dr. Waibel-Kempten.

Ueber Zangenhände. Von Dr. Steinmann, Assistenzarzt der chirurg.-orthopädischen Heilanstalt „Hüfferstiftung" in Münster i. W. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 17.

Man kann sich der Einsicht nicht verschließen, daß bei Fingerverletzungen in vielen Fällen zu konservativ verfahren wird; denn hier handelt es sich nicht nur um Erhalten von Gliedern schlechthin, sondern um Erhalten von funktionell wichtigen Gliedern. Unter dem unmittelbaren Eindruck der frischen Verletzung, bei dem ersten Anblick des blutigen und zertrümmerten Gliedes fügt sich der Verletzte fast stets den Vorschlägen des Arztes, während er sich hinterher zum Aufgeben eines zwar geheilten, aber verkrüppelnden, mehr hinderlichen als nützlichen Gliedes nur schwer oder gar nicht entschließt.

Verfasser möchte für schwerwiegende Verletzungen der 3 mittleren Finger bezw. des 2. und 3. Fingers je einer Hand, die dem Verluste dieser Finger gleichkommen, die operative Ausgestaltung dieser Hand zur „Zangenhand" empfehlen, wodurch die Hand in ein mächtiges hummerscherenförmiges Greiforgan umgewandelt wird, das den Träger zu einer Reihe gröberer, wie feinerer Arbeiten nach wie vor durchaus befähigt. Er berichtet unter Anfügung höchst instruktiver Abbildungen und Krankengeschichten über 3 derartige Fälle, in denen sich mit der Zeit an der verletzten Hand nach Entfernung der 3 mittleren Finger gewissermaßen zwei mächtige Daumen mit stark muskulösen Ballen ausgebildet hatten. Durch die anhaltende Inanspruchnahme des M. opponens digiti V bildet sich gerade dieser Muskel ganz erheblich aus, und das Gelenk zwischen Metacarpus V und Hamatum erhält eine ihm sonst nicht zukommende Beweglichkeit, ja die Gelenkachse verschiebt sich im Sinne der geleisteten Oppositionsbewegung. Dabei darf man aber die grobe Kraft der Zangenhand nicht überschätzen. Eine solche Hand wird schwerere Gegenstände zu heben und zu halten kaum imstande sein; es wird deshalb nicht angehen, sie höher als eine „halbe" Hand zu schätzen. In den 3 mitgeteilten Fällen wurde die Erwerbsbeschränktheit auf 33¹/₃ Proz., 40 Proz. und 45 Proz. begutachtet nach entsprechender Gewöhnung. Selbstverständlich wird eine solche Zangenhand um so leistungsfähiger, je jünger der Träger ist.

Verfasser fügt am Schlusse seiner Ausführungen noch bei, daß sich für den Fall, daß das kosmetische vor dem funktionellen Resultat in den Vordergrund zu treten hat, die Erhaltung des ganzen Handrückens und jedes kleinsten Fingerstümpchens zum bequemen Tragen einer Fingerprothese empfiehlt.

(Referent beobachtete eine solche Zangenhand mit Verlust der 3 mittleren Finger bei einem Säger, der seinem Berufe vollkommen vorstehen konnte und den Lohn eines Vollarbeiters hatte. Der Unfall war allerdings vor dem Bestehen der staatlichen Unfallversicherung geschehen.) Dr. Waibel-Kempten.

Die typische Abrißfraktur am hinteren Malleolus lateralis tibiae. Von Dr. Wegner, I. Assistent der chirurg. Abteilung des städtischen Krankenhausen zu Posen. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 18.

Verfasser berichtet im Anschluß an die Beobachtung von Eugen Bircher über eine Abrißfraktur am Malleolus lateralis tibiae posterior über einen ganz gleichen Fall unter Beifügung des Röntgenbildes. Näheres im Original.

Die Abrisse von kleinen Knochenstückchen bezw. Abrisse von Periost scheinen auf den ersten Blick recht geringfügige Verletzungen zu sein; sie gewinnen aber dadurch Interesse, daß sie uns eine Reihe von Beschwerden und Funktionsstörungen erklären, für die bisher das Verständnis fehlte.

Dr. Waibel-Kempten.

Ueber Exostosen an der oberen Fläche des Calcaneus. Von Dr. Schaal, Assistent der chirurg.-gynäkolog. Abteilung des St. Marienhospitals zu Köln. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 17.

Verfasser konnte feststellen, daß die Kalkaneusexostosen nicht so selten sind, als man annehmen könnte. Sie bestehen aus spongiösem oder kompaktem Knochen, der an der Oberfläche mit einer dünnen Knorpellage bedeckt ist, und können eine Folge von chronisch entzündlichen Vorgängen oder Traumen sein. Der Sitz dieser Kalkaneusexostosen ist unmittelbar hinter der Articulatio-talo-calcanea und dem Ligamentum talo-calcaneum posterius. Beschwerden brauchen bei den Exostosen, die sich meistens nur mit Hilfe der Röntgenstrahlen dia-

gnostizieren lassen, nicht immer vorhanden zu sein. Der Mitteilung sind sehr instruktive Röntgenbilder beigegeben. Dr. Waibel-Kempten.

D. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

a) Allgemeines.

Lokale spezifische Behandlung, der Infektionen (The Harben lektures 1912). Lekture I: Die biologische Grundlage. Von Professor Simon Flexner, M. D., Direktor der Laboratorien des Rockefeller Institute for medical research. New-York. The journal of state medicine; XX, Nr. 3, März 1912.

Bis jetzt haben die wirksamsten Faktoren zur spezifischen Behandlung ihre Hauptanwendung bei generalisierten Infektionen gefunden; so Chinin in der Bekämpfung des Malariaparasiten, Quecksilber und Salvarsan gegen die Spirochaeten der Lues, das Diphtherieheilserum bei der Neutralisation des allgemein im Körper verbreiteten Agens, das direkt die Quelle der schädlichen Wirkungen der Diphtherie ist. Wenn aber die Mikroorganismen dem Blut und dem Gewebe entgangen sind und sich in lokalen pathologischen Produkten anhäufen, die von der Lymphe nur unvollständig erreicht werden — wie bei gummösen Bildungen, den Yaws, bei massiven Ansammlungen von Eiterzellen bei der lobären Pneumonie und Abszessen, bei käsigen Massen der Tuberkulose — dann begegnet die Anwendung spezifischer Medikamente größere Schwierigkeiten und hat geringere Aussichten. Noch weiter ist die Zugänglichkeit des pathologischen Produktes dort herabgesetzt wo, wie bei bestimmten tuberkulösen und syphilitischen Läsionen, obliterierende Erkrankungen der Arterien vorliegen. Besonders schwer sind pathologische Prozesse zu beeinflussen, die sich in den subarachnoidealen Räumen und ihrer Umgebung abspielen, da kein Teil des Körpers anatomisch und physiologisch so von den heilenden Faktoren, die im Blute enthalten sind, abgesperrt ist, als eben diese Partie. Es war leichter durch spezifische Medikamente das Trypanosoma der Schlafkrankheit im Blute zu entfernen, als in der Zerebrospinalflüssigkeit. Nun nimmt diese die Subarachnoidealräume vollständig ein und kommuniziert wahrscheinlich mit einem Kanalsystem um die Gefäße und die Zellen des Rückenmarks und Gehirns. So wertvoll diese Flüssigkeit wäre, um das Einführen aktiver Stoffe in das Nervengewebe zu ermöglichen, so schwere Folgen kann solches Einführen haben; zu erinnern ist z. B. an die Wirkung des Tetanustoxins vom subarachnoidealen Raume aus im Gegensatz zu der vom Blutwege aus (v. Behring). Im Gegensatz hierzu hat sich das Hexamethylentetramin für die Infektion dieses Raumes von Bedeutung erwiesen. Auch die Flexnersche Methode, Antimeningitisserum in die subarachnoidealen Räume durch Lumbalpunktion, in die Hirnventrikel nach Trepanation oder Punktion und in die Höhle entzündeter Gelenke einzuführen, verspricht gute Aussichten für eine ähnliche Behandlung des Peritonitis, Pleuritis und Pericarditis. Hieran anzureihen ist die von Swift und Ellis inaugurierte Methode, durch Lumbalpunktion das antologe Serum von Patienten zu injizieren, die vorher eine intravenöse Injektion von Salvarsan erhalten hatten. Der zellige Inhalt der Zerebrospinalflüssigkeit wird günstig beeinflußt.

Die Parasiten vermögen sich weiterhin dadurch vor einer Beeinflussung zu schützen, daß sie schnell zwar nicht ihre Form und ihr äußeres Aussehen, sondern ihre chemische Reaktion und ihre Struktur ändern, wenn sie in Gefahr sind; sie erlangen eine bestimmte Resistenz gegenüber schädigenden chemischen Einflüssen; gegenüber immunisatorischen Prinzipien des Blutes oder anderen Substanzen. — Alle Pneumokokkenstämme können sehr virulent sein. Ein Immunserum aber aus einem typischen Stamm kann zwar gegen alle Proben dieses Stammes wirksam sein, ganz unwirksam dagegen gegenüber allen Gliedern der atypischen Gruppen. Aehnlich ist es mit den Meningokokken. Manche Kulturen sind nicht bloß bei passendem Opsonin der Phagozytose unterworfen, sondern auch der schnellen intrazellulären Verdauung, während andere Kulturen ebenfalls leicht phagozytiert werden, aber digestiven Prozessen mehr Widerstand leisten. So gibt es bei der menschlichen Cerebrospinalmeningitis Stämme, die den immunisierenden Prinzipien des Serums außerordentlichen Widerstand

leisten und wenig oder gar nicht beeinflußt werden. Eine solche plötzlich oder allmählich erlangte Resistenz ist auf eine ungezählte Reihe von Generationen übertragbar. Auf dieser Festigkeit der Bakterien, die als Serum und als chemische Festigkeit (Ehrlich) zu unterscheiden ist, beruhen auch die Remissionen und Relapse mancher Infektionskrankheiten. Die Festigkeit bestimmter Meningokokken kann übrigens durch tote Konzentration überwunden werden, so daß reichliche Seruminjektionen Erfolg haben, während geringeren von den Keimen Widerstand geleistet wird. So hat auch Ehrlich nachgewiesen, daß bei Einwirkung spezifischer Antikörper auf die Trypanosomen die Wirkung mit der Konzentration wächst.

Wenn der Körper des Wirtes durch Reaktion auf die zerstörten Mikroben mit Bildung massiver Antikörper an der Bekämpfung anteil nimmt, so kommt man zu dem Ergebnis, daß auch die lokale spezifische Behandlung große Vorteile hat. Sie kann konzentriert angewandt werden und mit der Allgemeinbehandlung Hand in Hand gehen. Ein Antikörper oder ein Medikament wirkt eben mit größerem Effekt gegen einen schon geschädigten als gegen einen normalen Keim. Ferner ist eine Mutation des Keimes nach zwei Richtungen weniger leicht möglich, als eine solche nach einer.

Dr. Mayer-Simmern.

Beiträge zum Problem: Geschwülste von der Blutbahn aus therapeutisch zu beeinflussen. Auf Grund chemotherapeutischer Versuche an tumorkranken Tieren. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. H. v. Wassermann, Dr. Franz Keysser und Dr. Michael Wassermann. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1911, Nr. 51/52.

In diesem hochinteressanten Aufsatze, dessen Inhalt bereits durch die Tagespresse gegangen ist, legt H. v. Wassermann das vorläufige Ergebnis nieder über seine Forschungen über die Möglichkeit, endogene, im Organismus selbst umgebildete Stellen chemotherapeutisch im Sinne Ehrlichs zu beeinflussen. In Verbindung mit seinen beiden Mitarbeitern ist es ihm gelungen, ein chemisches Mittel zu finden, das in die Blutbahn injiziert elektiv nur die Tumorzellen der erkrankten Tiere zu beeinflussen vermag. Es ist so gelungen, durch Injektion eines geeignet hergestellten Eosin-Selenpräparates von der Blutbahn aus bei Mäusen in voller Entwicklung befindliche Tumoren (Sarkome und Karzinome) infolge Zerstörung ihrer Zellen zur Erweichung, zur Resorption und, wenn die Tumoren nicht im Verhältnis zum Körpergewicht des Tieres bereits allzu groß waren, zur Heilung ohne Rezidive zu bringen. So scheint nun endlich der prinzipielle Anfang eines gangbaren Weges von A. v. Wassermann gefunden zu sein, um durch Fortarbeiten auf diesem Gebiete wichtigste Fortschritte für die menschliche Therapie der Tumoren zu erreichen.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Die Tonsillen als Ausgangsstelle allgemeiner Sepsis. Von Professor Dr. L. Réthi in Wien. Wiener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 7.

Außer rheumatischen Affektionen können oft auch andere schwere Erkrankungen wie kryptogene Septicämien, Endocarditis, Pericarditis, Pneumonien, Nephritiden, Appendicitis, Scharlach etc. von den Tonsillen ausgehen.

Meistens sind dann die Tonsillen vergrößert, aus den Lakunen ragen Pfröpfe hervor. Nicht selten sehen sie aber völlig unverändert aus. Der Verfasser schildert ausführlich eine derartige Beobachtung. Es waren bei dem Kranken keine Veränderungen an den Tonsillen sichtbar. Dabei erkrankte er rasch hintereinander an Gelenkschmerzen, parenchymatöser, hämorhagischer Nephritis, septischer Endocarditis, Pleuritis, parenchymatöser Leberdegeneration. Die Mandeln wurden geschlitzt und ausgelöffelt, dabei wurden zahlreiche Pfröpfe entleert. In diesen Pfröpfen und im pleuritischen Exsudat fanden sich Gram-positive Kokken.

Der Zustand des Kranken besserte sich rasch nach diesem Eingriff.

Der Verfasser empfiehlt in Fällen schwerer allgemeiner Infektion die vollständige, gründliche Entfernung der Mandeln, aber, wo das nicht angängig erscheint, die partielle Entfernung bezw. Schlitzung und Auskratzung.

Dr. Kurpjuweit.

Experimentelle Untersuchungen über den Bakterienreichtum der Haut Gesunder und Hautkranker und die Beeinflussung desselben durch einige physikalische und chemische Prozeduren. Von Dr. S. Hidaka-Breslau. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 44.

Verfasser hat den Bakterienreichtum der Haut von gesunden und kranken Menschen, von Personen verschiedenen Geschlechtes und verschiedenen Alters, unmittelbar vor und nach dem Baden, zu verschiedenen Zeiten nach dem Bade, bei häufigem und bei seltenem Baden, von Personen verschiedenen Ernährungszustandes, verschiedener Hautbeschaffenheit, von verschiedenen Ständen und bei leicht und schwer schwitzender Haut genau untersucht und hat außerdem die Einwirkung einiger physikalischer und chemischer Prozeduren auf die Bakterienzahl ausprobiert. Seine Untersuchungen hatten folgendes Resultat:

1. Nach einer mit besonderer Technik und unter gleichen Bedingungen ausgeführten Untersuchung der Rückenhaut gesunder Menschen ergab sich als Durchschnittsbakteriengehalt für 1 qcm Haut 1520 Keime. Die Gesichtshaut erwies sich im Durchschnitte bedeutend bakterienreicher.

2. Die Haut der Männer ist durchschnittlich bakterienreicher als die der Frauen.

3. Die Haut von Kindern bis zum 14. Lebensjahr ist im Verhältnis zur Haut Erwachsener relativ bakterienarm. Nach dem 14. Lebensjahr bedingt das Lebensalter keine Unterschiede.

4. Zwischen dem Bakteriengehalt gesunder Hautpartien Hautkranker und derjenigen Hautgesunder ließ sich ein Unterschied nicht feststellen.

5. Magere Menschen und solche mit talgarmer, rauher Haut weisen eine erheblich größere Keimzahl auf als fette Menschen und solche mit glatter, talgreicher Haut. Die Schweißsekretion spielt, was ihre Wirkung auf den Bakteriengehalt der Haut anbelangt, eine bedeutend geringere Rolle.

6. Angehörige verschiedener Berufsklassen zeigen, gleichen Versuchsbedingungen unterstellt, keine durchgreifenden Unterschiede in der Größe ihres Hautbakteriengehaltes.

7. Gewöhnliche „Reinigungs"bäder (lauwarmes Wasser, neutrale Fettseife) bewirken nicht eine Verminderung, sondern eher eine Vermehrung des Hautbakteriengehaltes, falls nicht nach dem Bad eine Abgießung mit reinem Wasser erfolgt. Besonders macht sich diese Zunahme der Hautbakterienflora bei mehreren hintereinander in einer nur flüchtig gesäuberten und wieder gefüllten Wanne Badenden geltend.

8. Bei Bestrahlung mit Röntgenstrahlen zeigte der Bakteriengehalt der Haut eine unwesentliche und überhaupt erst bei größeren Dosen in Erscheinung tretende Abnahme.

9. Uviollampenbestrahlungen hatten keinen Einfluß.

10. Quarzlampenbestrahlungen setzen die Hautflora um das Zehnfache herab.

11. Unter Salbenverbänden (mit Vaselin oder Lanolin ohne desinfizierende Zusätze) erfolgt in 24 Stunden eine enorme Bakterienvermehrung. Auch unter einem Verbande mit Zinkpasta findet ein wenn auch geringer vermehrtes Wachstum statt.

12. Essigsaure Tonerde in gleichem Prozentverhältnis und bei gleicher Einwirkungsdauer als Zusatz zum feuchten Verbande, Salbenverband und Pastenverbande geprüft, zeigte in Form der wässerigen Lösung eine zehnfach stärkere keimtötende Wirkung als in Form der Salbe und eine 200 fach stärkere Wirkung als in Form der Pasta.

13. Spiritusdunstverbände bewirken in 7 Stunden eine Keimverminderung im Verhältnis von 1 : 0,004 bis 0,008. Rpd. jun.

---

b. Typhus und Paratyphus.

Komplikationen bei Typhus abdominalis. Von Dr. Schuster-Chemnitz. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 2.

Verfasser schildert mehrere seltene Kombinationen, die im Verlauf von Typhus auftraten. So bekam eine 51 jährige Frau in der 5. Woche ein Rezidiv; es schien zunächst günstig zu verlaufen, als Ende der 9. Woche plötzlich Schüttelfröste, Erbrechen und Leibschmerzen auftraten. Es erfolgte dann unter

Erscheinungen von Peritonitis und akuter septischer Endocarditis der Tod. Die Sektion ergab als Todesursache Durchbruch eines Milzabszesses.

Ein anderer Kranker klagte nach der Entfieberung über Kitzelgefühl im Hals, am nächsten Tage über leichten Stridor. Es fand sich mäßige Schwellung und Rötung des Kehlkopfeinganges, besonders an der hinteren Ansatzstelle des rechten Stimmbandes; an der hinteren Kehlkopfwand war eine kleine Schrunde. Einige Tage später kollabiert der Kranke plötzlich beim Spiegeln, wird zyanotisch und muß sofort tracheotomiert werden. Die Schwellung des Kehlkopfes nahm trotzdem immer mehr zu; der Eingang war völlig verschlossen, Bougieren von der Tracheotomiewunde aus war unmöglich. Der Kehlkopf wurde dann durch eine Larynxfissur geöffnet, wobei sich der eingesunkene Ringknorpel als Ursache der Unwegsamkeit zeigte. Es wurde zuerst eine T-Kanüle eingelegt. Trotz täglichen Bougierens waren die Heilerfolge gering; nach 1 Jahr mußte Patient noch eine Kanüle tragen, nachdem kurz vorher noch eine erneute Operation wegen Zunahme der Beschwerden nötig war.

Weiter teilt Verfasser sechs Fälle von Cholecystitis mit, die teils in der Rekonvaleszenz, teils auch in den ersten Wochen der Erkrankung auftraten.

Rpd. jun.

Paratyphus B-Bazillen in einer karzinomatösen Ovarialzyste. Von Dr. Seiffert-Bremen. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 9.

Bei einer 68jährigen Frau, die früher nie ernstlich krank gewesen war, wurde in letzter Zeit der Leib ständig dicker, während sie sonst abmagerte. Der Klopfschall über dem Leib war gedämpft, eine Verschiebung der Dämpfung bei Lagewechsel fand nicht statt. Man fühlte deutliche Fluktuation. Bei der Operation fand sich ein großer zystischer Tumor, der reichlich trübeitrige Flüssigkeit enthielt. Er war von unregelmäßiger Gestalt, höckerig, von harter Resistenz und ging anscheinend vom linken Ovarium aus. Mikroskopisch wurde er als Karzinom festgestellt. Aus der aus der Zyste entleerten Flüssigkeit wurden Paratyphus B-Bazilen gezüchtet. Wie die Paratyphusbazillen in die Zyste hineingekommen sind, ist Verfasser nicht klar; im übrigen ist er der Ansicht, daß sie eine sekundäre Rolle gespielt haben und nicht etwa Ursache der Tumorbildung gewesen sind. Rpd. jun.

---

c. Scharlach.

Beitrag zum Studium des experimentellen Scharlachs. Von K. Landsteiner, C. Levaditi und Danulesco. Aus dem Laboratorium von Levaditi im Institut Pasteur (Paris). Comptes rendus soc. de biol.; LXXII, 1912, Nr. 9.

Das Scharlachgift, das einem jungen, den Autoren von Prof. Metschnikoff überlassenen Orang-utang übertragen wurde, entstammte einem Kinde, das zwei Tage an Scharlach erkrankt war und Fieber, Scharlachzunge, starke Angina, Exanthem, und das Symptom der Ellenbogenfalte aufwies. Dem Tiere wurden 10 ccm nicht defibrinierten Blutes subkutan injiziert, sein Rachen wurde mit Mandelbelag bestrichen. Es entstand eine Erkrankung, die mit Scharlach die größte Uebereinstimmung aufwies. Nach einer 6tägigen Inkubation trat intensives Fieber, mäßige Angina und leichte erythematöse Hautrötung auf, die zwei Tage dauerte. Am 19. Tage setzte eine Desquamation ein, die genau wie die menschliche Skarlatina-Desquamation verlief und die von Hautläsionen begleitet war, wie sie beim Menschen angetroffen werden.

Cantacuzène und nach ihm Bernhardt haben 1911 eine Desquation bei niederen Affen beschrieben, denen sie Scharlachgift einverleibt hatten.

Dr. Mayer-Simmern.

---

d. Meningitis cerebrospinals.

Neue diagnostische Methode der Meningitis cerebrospinalis durch intravertebrale Impfung des Meerschweinchens mit Punktionsflüssigkeit. Von V. Grysez (Institut Pasteur de Lille). Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII, 1912, Nr. 9.

Die bakteriologische Diagnose der Genickstarre ist manchmal sehr schwierig, besonders dann, wenn die durch Spinalpunktion gewonnene Flüssigkeit in einem nicht sterilen Behälter ins Laboratorium gesandt wird, oder wenn

nach der Gewinnung längere Zeit verflossen ist. Für diese Fälle empfiehlt der Autor auf Grund von 17 an Cerebrospinalmeningitis-Punktaten ausgeführten Versuchen Injektion von 0,5 ccm intravertebral beim Meerschweinchen, von 0,75 ccm nicht zentrifugierte Flüssigkeit bei einem zweiten Tiere desselben Wurfs. Der Tod tritt nach 2—24 Stunden ein und zwar unter beträchtlicher Temperaturerniedrigung, deren Schnelligkeit die Wirkung des Meningokokkengiftes spezifisch zu sein scheint. Andere Punktionsflüssigkeiten, als jene von Genickstarre, erzeugten nicht dieselben Symptome.

Je älter die Punktate waren, desto deutlicher waren die Ergebnisse. Frisch gewonnene Flüssigkeiten läßt man 1 Stunde im Wärmeschrank, um die Digestion der Meningokokken, die sie enthalten, zu fördern.

Dr. Mayer-Simmern.

2. Strassenhygiene.

Die Beziehung sauberer Straßen zur Tuberkulose. Von S. H. Stone-Boston. Der Straßenbau; 1912, Nr. 4.

Der Verf. bespricht die Vorzüge sauberer Straßen in weitgehendster Bedeutung sowie die Bedeutung des Rauchs und des Mülls; er kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Untersuchungen, die in der jetzigen Zeit gemacht worden sind, zeigen, daß Tuberkelkeime im Straßenstaub nicht in großen Mengen existieren.

Der Staub selbst, sogar wenn er steril ist, bildet eine Gefahr, indem er die Luftwege verletzt und ihnen auf diese Weise die Widerstandskraft gegen das Festsetzen und Anwachsen der Bazillen raubt.

Die Gefahr des Sputums in den Straßen liegt, besonders wenn es in den Schatten fällt, wo es nicht durch die Sonnenstrahlen desinfiziert wird, daß es durch Schuhe und Kleider leicht in unsere Häuser getragen wird.

Der Rauch in der Luft ist gefährlich, da er die Luftwege versperrt und die Tätigkeit der Lunge beeinträchtigt. Es sollen Maßregeln dagegen ergriffen werden.

Ferner soll gegen das Sichvermehren der Hausfliege eingeschritten werden, damit sie nicht in unsere Häuser gelangt, da sie gefährlichste Verbreiterin aller Krankheiten ist.

Er verlangt:

1. Glattes Pflastern und regelmäßige Reinigen aller Straßen, nicht durch trockenes Fegen, sondern durch vorhergehendes Gießen oder wenigstens Besprengen. Was man im Winter machen soll, wenn das Gießen und Sprengen nicht angemessen ist, ist ein Problem, das noch nicht vollständig gelöst ist.
2. Geringe Höhe der Gebäude und möglichst große Breite der Straßen, damit die beiden Krankheitskeimezerstörer, die Sonnenstrahlen und die frische Luft, ihr gutes Werk betätigen können.
3. Sofortige Fortschaffung alles Schmutzes und alles Abfalls, wodurch auch die Gefahr durch die Fliegen verringert wird.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

3. Säuglingsfürsorge.

Ueber Streptokokken in der Milch nud im Säuglingsstuhl. Von Dr. med. Richard Puppel. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 70, H. 3.

Verfasser kommt auf Grund seiner eingehenden Versuche zu dem Schlusse, daß die in jeder Milch enthaltenden Streptokokken weder im Tierversuch, noch Freßversuch mit Leukozyten virulent sind, sie zeigen auch keine Hämolyse, wie die meisten pyogenen Streptokokken des Menschen. Streptokokken sind regelmäßige Bewohner des Darms der Menschen und der Tiere, sie verhalten sich in allen Beziehungen sehr ähnlich wie die Milchstreptokokken, gleichviel, ob sie vom gesunden oder darmkranken Kinde stammen. Eine pathogene Rolle der gewöhnlichen Milchstreptokken ist nicht anzunehmen, aber auch die Bedeutung der eigentlichen Mastitisstreptokokken für die Entstehung von Darmkrankheiten ist sicherlich außerordentlich überschätzt worden. Trotzdem hat eine Bekämpfung der Mastitis unter dem Rindvieh aus allgemein hygienischen und aus wirtschaftlichen Gründen stattzufinden, da Mastitismilch eine verdorbene Milch ist und als solche möglichst vom Genuß auszuschließen ist.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Ueber Säuglingsernährung. Von Dr. Köppe. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1911, Nr. 39.

In einem Vortrage behandelt K. die Fortschritte in der Säuglingsernährung. Er nimmt an, daß eine absolute, in organischen Fehlern beruhende Stillunfähigkeit vielfach vorkommt, und daß die Stillfähigkeit der Mütter sehr verschieden ist. Die Pausen zwischen den Mahlzeiten begrenzt K. je nach Beanlagung der Kinder auf 3—4 Stunden. Die verschiedene Wertigkeit der Kinder erhellt aus der Tatsache, daß es Säuglinge gibt, die an der Brust der Mutter nicht gedeihen, während für andere Kinder die Milch derselben Brust gut bekömmlich ist. Diese verschiedene Beanlagung der Kinder zeigt sich auch bei künstlicher Ernährung, da es Säuglinge gibt, die bei jeder künstlichen Nahrung gedeihen, andere, die nur an der Brust sich entwickeln.

Die wichtige Frage nach dem Nahrungsbedarf wird wie folgt beantwortet: Der Energiequotient (Kalorien auf 1 kg) beträgt gewöhnlich 100 bis 120, bei debilen Kindern 120—130; bei atrophischen Kindern wurde der hohe Energiequotient 140—150 ermittelt, wenn man das Istgewicht in Rechnung stellte, dagegen 100—120 aus dem dem Alter des Kindes zukommenden Sollgewicht. Für Frühgeborene läßt sich ein Energiequotient noch nicht aufstellen.

Die Nahrungsmenge wird wie folgt berechnet: Bei einem Nahrungsbedarf von 120 Kalorien pro Tag und Kilogramm Kind kommen bei täglich 6 Mahlzeiten 20 Kalorien auf eine Mahlzeit. 20 Kalorien sind enthalten in 30 ccm Milch oder 5 g Mehl. Die Zahl 30 gibt mit dem Körpergewicht in Kilogramm multipliziert die Menge der Einzelportion bei Vollnahrung (bei Halbmilch kommt auf eine Portion 1/2 . 30 ccm Milch, 1/2 . 30 ccm Wasser und 1/2 . 5 g Hydrate multipliziert mit dem Körpergewicht). Dr. Wilcke-Genthin.

Flasche und Brust bei Deutschen und Czechen. Ein Beitrag zur Wiener Stillstatistik. Von Dr. phil. et med. Ernst Mayerhofer-Wien. Wiener med. Wochenschrift; 1912, Mr. 6.

Der Verfasser hatte Gelegenheit in dem Ambulatorium eines großen Spitals Erhebungen über das Stillen unter Deutschen und Czechen anzustellen. Von 2000 Kindern deutscher Mütter wurden 15 Proz. überhaupt nie gestillt, während von 749 Kindern czechischer Mütter bloß 9,08 Proz. nie gestillt wurden.

Die deutschen Mütter stillen auch viel kürzer; außergewöhnlich lange Stilldauer findet man mehr bei czechischen Müttern.

Der Verfasser weist darauf hin, daß man bei allen Stillstatistiken auch die Nationalität der Frauen in Bezirken mit gemischtsprachiger Bevölkerung berücksichtigen muß, um eine wesentliche Fehlerquelle auszuschalten.

Seine Statistik unterstützt aber nur die Ansicht Schloßmanns, daß die Deutschen z. B. im Kampf gegen das Polentum, zurückgedrängt werden, weil die unnatürliche Ernährung der Säuglinge unter ihnen sehr verbreitet ist. Infolgedessen ist auch nach den Beobachtungen von Epstein die Säuglingssterblichkeit in Böhmen bei den Deutschen größer, als bei den Czechen. Sie beträgt bei den Deutschen im ersten Lebensjahre 29,7 Proz., bei den Czechen 24,3 Prozent. Dr. Kurpjuweit-Swinemünde.

Säuglingsfürsorgestellen, Milchküchen und ergänzende Institutionen in Budapest. Von Chefarzt E. Deutsche Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1911, Nr. 10.

Dem Verf. stehen folgende Einrichtungen zur Verfügung:

1. Die Milchküchen in 3 Bezirken der Hauptstadt.
2. Ordinationsanstalten in 2 Bezirken.
3. Die durch die Zentralmilchhalle gelieferte Milch (mit durchschnittlich 3% Fettgehalt) für stillende Mütter und Kinder über einem Jahre. Nach Szeketyscher Methode hergestellte Säuglingsmilch mit drei Typen und verschiedene Nährpräparate (Kindermehle, Buttermilch, Fettmilch usw.).
4. Gratisverabfolgung von Heilmitteln und von Mineralwässern.
5. In den Wintermonaten Verteilung von Milch, Milchspeisen und Sammeln von hungernden Kindern, die das erste Lebensjahr überschritten haben.
6. Popularisierung der Hygiene des Kindesalters in Wort und Schrift (Verteilung von Merkblättern).

Dieses System, das sich auf breiterer Basis bewegt wie die Säuglingsfürsorgestellen und Milchküchen, hat sich glänzend bewährt.

Der Einfluß der eben geschilderten Einrichtungen ist auf den Kreis, den sie beherrschen, unleugbar. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber das weitere Schicksal der aus der Straßburger Säuglingsheilstätte von 1901—08 entlassenen Kinder. Von Dr. A. Walther-Straßburg. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1911, Nr. 9—10.

Es wurde erreicht, daß 61,3 % am Leben blieben. Soll die moderne Säuglingsheilstätte ihren segensreichen Einfluß voll entfalten können, so muß — übereinstimmend mit Rott-Langstein — auch hier die Forderung aufgestellt werden, der geschlossenen Fürsorge durch das Krankenhaus die offene anzugliedern durch regelmäßige Sprechstunden für die Entlassenen oder Nachforschungen über deren Schicksal, vielleicht Hausbesuche durch besondere Aerzte und Pflegerinnen nach dem Muster des amerikanischen out-physician und der visiting nurse. Ganz besonders wichtig ist diese fortdauernde Kontrolle der entlassenen Säuglinge für das erste Lebensjahr; aber auch das zweite Jahr ist der Kontrolle noch sehr bedürftig. Erst wenn die dauernde Beaufsichtigung der Entlassenen in der Praxis durchgeführt ist, wird auch die Möglichkeit gegeben sein, zu einem sicheren Ergebnis über die Leistungsfähigkeit der geschlossenen Säuglingsfürsorge zu gelangen. Mit Bestimmtheit geht aus der vorliegenden Arbeit noch das eine hervor, daß die große Sterblichkeit der Kinder im ersten und zweiten Lebensjahr nicht als natürliche Auslese im Sinne Darwins — Ausmertzung der Schwächlinge — zu deuten ist. Aus diesen Schwächlingen werden, wenn die Krankenhausbehandlung sie für den Kampf ums Dasein neu gestärkt hat, auch unter sozial nicht hervorragend günstigen Bedingungen normale, widerstandsfähige Kinder, die in uns die Hoffnung erwecken, daß aus ihnen später das Vaterland eine brauchbare Jungmannschaft rekrutieren werde. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Resultate der staatlichen Säuglingsfürsorge für verlassene Säuglinge in Ungarn. Von Chefarzt Dr. Szana-Budapest. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1912, Nr. 11.

Unter allen europäischen Systemen, die im Interesse der öffentlichen Versorgung Bedürftigen geschaffen wurden, ist der ungarische staatliche Kinderschutz der einzige, der das Recht des verlassenen Kindes an dem Staate erklärt und so die ganze Kraft des Staates den der öffentlichen Versorgung bedürftigen Säuglingen zur Verfügung stellt. Indem das ungarische System zur Beurteilung der eingetretenen Verlassenheit ohne jede Einschränkung den Direktor und Chefarzt der Anstalt berechtigt, und auch die endgültige Feststellung der Verlassenheit zu Lasten des Staates einer durch die organisierte Gesellschaft frei gewählten Behörde dem Waisenamt einräumte, schuf es ein vollkommenes, ein unübertreffliches System für den Schutz der verlassenen Säuglinge. Aber zweifellos würde man auch mit diesen reichlichen materiellen Mitteln solche glänzende Erfolge nicht erreicht haben, wenn die Säuglinge alle in Ammenschaft gegeben wären. Daher nahm die dortige Säuglingsschutzsystem neben dem Rechtssystem der verlassenen Kinder eine andere spezielle ungarische Eigenart an: die Versorgung der Mutter zusammen mit dem Säuglinge.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Zur Frage des Fabrikstillraums. Von Dr. Ed. Herbeg-Heidelberg. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1911, Nr. 9.

Die Erfahrungen in bezug auf den Fabrikstillraum sind derartig, daß sie nicht zur Nachahmung verlocken. Der Verfasserin scheint die Frage der Vereinigung von Erwerbsarbeit mit Mutterpflicht nur so zu lösen, daß in den Industrien, in denen verheiratete Frauen in größerer Zahl beschäftigt werden, die Schichtarbeit für diese eingeführt wird. Es müßte den Frauen Gelegenheit gegeben werden, je nach ihrem Können eine oder zwei Schichten von 3—4 Stunden zu übernehmen. Der Vorschlag der Schichtarbeit ist ja keineswegs neu; er ist schon mehrfach gemacht worden und wird immer wieder gemacht werden, da die Schichtarbeit die einzige Möglichkeit bietet, für die verheirateten Frauen

und Mütter aus dem Arbeiterstande die bei unserer heutigen Wirtschaftslage so notwendige Vereinigung der verschiedenen Pflichten herbeizuführen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die städtische Stillkrippe in Magdeburg. Von Prof. Dr. Thiereich Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1911, Nr. 11.

Der Verf. bespricht die Einrichtung der Magdeburger Stillkrippe und warnt am Schluß auf Grund seiner Erfahrungen vor der Errichtung von Krippen, wenn nicht außer der pekuniären Grundlage, die anderswo leichter zu beschaffen sein mag als in Magdeburg, auch alle sonstigen Bedingungen gegeben sind, die Sache zum guten Ende zu führen.

Er rechnet dazu, außer der zuverlässigen Pflege und der sachkundigen ärztlichen Ueberwachung, vor allem anderen die jeden Augenblick vorhandene Möglichkeit, erkrankte Kinder ambulant zu behandeln und nötigenfalls mit den Müttern ins Krankenhaus aufzunehmen. Wo diese Vorbedingungen nicht erfüllt sind, wie es in den allermeisten mittleren und kleineren Städten und vollends auf dem platten Lande die Regel sein dürfte, hält er die Errichtung von Krippen für ein zum mindestens unsicheres und dabei nicht einmal billiges Mittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Hier wird man zweckmäßiger die völlige Trennung des Kindes von seiner auf Lohnarbeit angewiesenen Mutter durch sorgfältig ausgewählte und überwachte Einzel-Tagpflege zu verhüten und wenigstens ein Allaitement mixte durchzuführen suchen. Anders liegt die Sache natürlich, wenn die Stillkrippe einem größeren Betriebe, etwa einem mit Krankenabteilung ausgestattet oder mit einer solchen in Verbindung stehendem Wöchnerinnen- und Säuglingsheim eingeführt werden kann, oder wenn sie so großzügig und umfassend, infolgedessen aber verhältnismäßig kostspielig eingerichtet ist, wie einige moderne Großstadtkrippen, von denen die Münchener Peterskrippe als bewundernswertes Beispiel erwähnt wird.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Wie kann auf dem Lande eine wirksame Säuglingsfürsorge geschaffen werden? Von Dr. Otté-Kolberg. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 52.

Verfasser erörtert zuerst die Frage, ob bei den an und für sich günstigen Lebensbedingungen auf dem Lande überhaupt eine Säuglingsfürsorge notwendig ist. Er bejaht diese Frage energisch; bei den Verhältnissen, die er schildert, können wir ihm nur zustimmen. Als für das Land am zweckmäßigsten empfiehlt er Frauenvereine mit der Tendenz des Säuglingsschutzes, deren Kristallisationspunkt eine Gutsbesitzers- oder die Pfarrfrau sein müsse.

Wenn Verfasser hier im allgemeinen von „Land" spricht, so muß Referent doch gegen derartige Verhältnisse, wie sie hier geschildert werden, die Bauern westlich der Elbe in Schutz nehmen. Solche Zustände mögen wohl in Hinterpommern, Ost- und Westpreußen herrschen; man darf sie aber nicht so verallgemeinern. Gegenüber der vom Verfasser vertretenen Ansicht, daß nur selten die Kinder von den Müttern selbst gestillt werden, kann man für die hiesige Gegend genau das Gegenteil konstatieren. Hier muß man im Gegenteli hemmend einwirken, weil viele Mütter ihre Kinder zu lange stillen, bis zu zwei Jahren und darüber hinaus.

Rpd. jun.-Marburg.

Zur örtlichen Organisation der Jugendfürsorge, insbesondere der Säuglingsfürsorge. Von Dr. Recke-Berlin. Konkordia; 1912, Nr. 4.

Nach der eingehenden Erörterung dieser wichtigen Organisationsfragen betont Verf., daß auf die öffentliche Verwaltung aller dieser Maßnahmen und Einrichtungen und auf ihre Ausstattung mit beruflichen Kräften der allergrößte Wert gelegt werden müsse. Wenn irgendwo, dann hat die Tendenz zur Kommunalisierung der Wohlfahrtspflege ihre Berechtigung auf dem Gebiete der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. Nach seiner Ueberzeugung und Kenntnis der Dinge wird bei der praktischen Organisation die öffentliche Fürsorge die freiwillige bewährte Arbeit nicht umreißen und zu Boden treten. — Als wichtige Aufgaben für das Land sind zu bezeichnen: Bildung größerer, leistungsfähiger Armen- und Waisenpflegebezirke, Einführung der Berufsvormundschaft, Ausbreitung der systematischen Säuglingsfürsorge. Viele Aufgaben gibt es auf dem Lande zu lösen; der Kreis muß hier seine starke Hand darüber halten.

Er ist die natürliche Wohlfahrtszentrale; er wird sich dieser Aufgabe nicht entziehen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber die Säuglingssterblichkeit in einer Landgemeinde beim Uebergang in einen Industrieort. Archiv für soziale Hygiene; Band VII, Heft 1.

In einer vorher ländlichen Gemeinde sind nach dem Entstehen einer Industriebevölkerung die vorher normalen Sterblichkeitsverhältnisse der Säuglinge, mit einem geringen Wintergipfel, ganz andere geworden: Es ist ein typischer hoher Sommergipfel entstanden, der weder durch Witterungs-, noch durch Wohnungsverhältnisse bedingt ist. Je kinderreicher eine Familie ist, desto mehr Kinder sterben in dieser. Meist konnte in solchen Fällen der Alkoholmißbrauch des Ernährers als Ursache nachgewiesen werden. Eine hereditäre Belastung war nicht vorhanden. Je höher der Lohn, desto geringer die Säuglingssterblichkeit. Leider gilt aber auch die Regel: Je höher der Lohn, desto größer der Alkoholverbrauch. Die mehr oder minder große Vergnügungssucht der Mütter scheint ohne Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit zu sein. Je mehr Bestrafungen, desto höher die Säuglingssterblichkeit. Die Wärme des Sommers hat keinen Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit in einem ländlichen Orte. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Bekämpfung der Sterblichkeit unehelich geborener Säuglinge. Von Dr. Redder-Schleswig. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1912, Nr. 11.

Auch in den Landkreisen sollte man die Berufsvormundschaft einführen, da sie für alle anderen Einrichtungen der Säuglingsfürsorge von größter Bedeutung und Wichtigkeit ist; denn sie ermöglicht erst, daß diese Einrichtungen allen unehelichen Kindern zugute kommen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Ursachen der Säuglingssterblichkeit in Pommern und ihre Bekämpfung. Von Prof. Dr. Peiper-Greifswald. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 6—9.

Die Bevölkerungszunahme in Deutschlaud ist auf den Rückgang der allgemeinen Sterblichkeit, nicht auf die Geburtenhäufigkeit zurückzuführen, die auch hier, wie in anderen Staaten abgenommen hat. Während aber in anderen Staaten in gleichem Maße wie die allgemeine Sterblichkeit auch die Säuglingssterblichkeit zurückgeht, ist dieses in Deutschland nicht der Fall. Ein Drittel aller Todesfälle kommt auf das Säuglingsalter; nahezu ein Fünftel aller Lebendgeborenen stirbt in Deutschland im ersten Lebensjahre. In den letzten Jahrzehnten zeigt die Säuglingssterblichkeit in Preußen, die mit 22,36 % ihre höhste Erhebung hatte, eine langsame Abnahme, nur in der Provinz Pommern hat sie stetig noch zugenommen. In den Jahren 1881 bis 1885 bezw. 1901—1905 betrug die Säuglingssterblichkeit in Pommern 19,97 % bezw. 21,7 %, in Preußen dagegen 20,9 % bezw. 18,97 %. Dabei starben nicht nur die schwächlichen, sondern auch die gesundesten und kräftigsten Kinder; außerdem beruht die Ansicht, daß durch eine hohe Säuglingssterblichkeit eine Auslese getroffen wird, auch auf einem Irrtum. Denn es ist nachgewiesen worden, daß in den Provinzen mit hoher Säuglingssterblichkeit auch die Sterblichkeit in den nächsten Lebensjahren und zwar bis zum 10. Jahre größer ist, als in den Provinzen mit geringer Säuglingssterblichkeit, ferner, daß in diesen auch die Militärtauglichkeit eine höhere ist.

Der wichtigste Faktor im Leben des Säuglings ist die Ernährung, 67 % sterben an Ernährungsstörungen; die anderen Momente, wie soziale Lage, Wohnungsfrage, Einfluß der Jahreszeiten usw. hängen direkt oder indirekt damit zusammen.

Während nun bis vor 10 Jahren noch das Land in bezug auf die Säuglingssterblichkeit wesentlich günstigere Verhältnisse bot, ist das jetzt anders geworden, besonders in Pommern hat die Säuglingssterblichkeit auf dem Lande erheblich zugenommen; im Regierungsbezirk Stralsund ist sie sogar höher, wie die in den Städten. Der Grund dafür liegt in der Ausbreitung der unnatürlichen Ernährung auf dem Lande, ohne daß deshalb das Verständnis für die Zubereitung einer auch nur halbwegs geeigneten künstlichen Ernährung und sorgfältigen Pflege zugenommen hat. Alle Aerzte der Provinz bekunden, daß

die Stillhäufigkeit erheblich abgenommen hat. Oft sind daran falsche Ansichten, z. B. daß es schlechte Muttermilch gebe oder daß nicht genügend Milch vorhanden sei, weil die Milchmenge erfahrungsgemäß in der 3. Woche nachläßt, schuld, denen nicht lebhaft genug widersprochen werden kann. Dann tragen dazu auch die überaus verbreiteten Reklamen künstlicher Nährmittel bei, die die Mütter glauben machen, sie seien genau so gut, wie Muttermilch. Da die natürliche Ernährung zuviel Zeit kostet, so wenden sich die Frauen aus dem Volke um so leichter zur künstlichen Ernährung, zumal sie nicht die geringsten Kenntnisse in bezug auf Kinderernährung haben, da der Ausbildungsgang die jungen Mädchen in Stadt und Land sie heutzutage absolut nicht auf ihren späteren Beruf als Mutter und Hausfrau vorbereitet; die Hebammen, die hier aufklärend wirken sollten, versagen, weil sie selbst nichts davon verstehen. Dazu kommt dann noch, daß die Wochenstube die Hochburg des Kurpfuschertums geworden ist; jede Mutter glaubt auf Grund ihrer eigenen Erfahrungen Ratschläge erteilen zu können.

Die Hauptursache der Ernährungsstörungen in Pommern führt Verfasser auf zu häufige und zu konzentrierte Mahlzeiten zurück, auf Ueberfütterung. Wenn das Kind unruhig ist, wenn es schreit, wenn es den Finger in den Mund steckt, immer gibt ihm die unverständige Mutter, in dem Glauben, es habe Hunger, die Flasche. Dies ist besonders in den Sommermonaten gefährlich, wo die Toleranz der Verdauungsorgane gegen reichliche Ernährung herabgesetzt ist. Dazu kommt, daß der in heißen Tagen bestehende Durst des Säuglings mit Milch, statt mit Tee oder Wasser gestillt wird, und daß die Gewinnung und Zubereitung der Milch sehr zu wünschen übrig lät. Die Milch wird oft in einer unsauberen Bier- oder Schnapsflasche gereicht, deren Beseitigung mit Nachdruck anzustreben ist.

Als erste und wichtigste Forderung stellt Verfasser die Bekämpfung der unnatürlichen Ernährung auf. Durch Wort und Schrift müsse aufklärend gewirkt werden, wozu vor allem die Aerzte berufen seien. Dann müßten aber auch die staatlichen und kommunalen Behörden helfend eingreifen; denn die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit sei eine nationale Pflicht. Die Fürsorge für den Säugling muß mit der für die Mutter beginnen. Wöchnerinnenvereine müssen für Mutter und Kind sorgen; die Krankenkassen müssen mehr wie bisher zur Gewährung von Wochengeldern, unentgeltlicher Hebammendienste usw. herangezogen werden. Besonders intensiv muß für uneheliche Schwangere und Wöchnerinnen gesorgt werden, die sich oft in sehr großer Notlage befinden. (Diese letzteren Bestrebungen dürfen aber nicht, wie es heute schon zum Teil geschieht, übertrieben werden, so daß die uneheliche Geburt gleichsam noch prämiiert wird; gerade in den Großstädten wird für die unehelichen Mütter und Kinder oft viel besser gesorgt, wie für die ehelichen; den Mädchen werden alle Sorgen abgenommen, wodurch sie natürlich noch mehr zum leichtsinnigen Lebenswandel ermuntert werden. (Anm. des Ref.).

Weiter schlägt Verfasser vor, eine strengere Beaufsichtigung des Haltekinderwesens, Bau von Wöchnerinnen- und Säuglingsheimen, bessere Ausbildung der Hebammen in der Säuglingspflege, Aussetzen von Stillprämien für die Hebammen, Einrichtung von unter ärztlicher Leitung stehenden Fürsorgestellen. Die Einrichtung von Milchküchen hält Verfasser für eine zweischneidige Maßregel, weil dadurch viele Mütter, besonders arme, die die Milch unentgeltlich erhalten, verleitet werden, künstliche Nahrung zu geben, trotzdem sie sehr gut imstande sind, zu nähren. Milchküchen müßten auf jeden Fall mit einer ärztlichen Beratungsstelle in Verbindung stehen.

Rpd. jun.

Das englische Gesetz betr. Anzeige der Geburten. (The notification of births act, 1907.) Von A. A. Mussen, M. D., D. P. h., Assistant medical officer of health, Liverpool. Vortrag im engl. Medizinalbeamtenverein am 8. Dezember 1911. Januar 1912. Public health; XXV, Nr. 4.

Angenommen wurde das notification of births act im August 1907. Bisher ist es eingeführt in 148 von 350 englischen Städten, in 148 von 1500 städtischen und ländlichen Distrikten. In Liverpool ist es seit Januar 1909 in Kraft und hat bisher sehr segensreich gewirkt. Die Hebammen in Liverpool sind besser, als in vielen anderen Orten ausgebildet, so daß beim Inkrafttreten des Hebammengesetzes schon 85 Proz. der Hebammen als ausreichend geschult an-

erkannt werden konnten, während im übrigen England nur 50 Proz. der Hebammen auf die Liste kamen. 70 bis 75 Proz. sämtlicher Geburten an der Wirkungsstätte des Verfassers werden daher von Hebammen geleitet, da sie das Vertrauen des Publikums besitzen, das übrigens auch meist zu arm ist, die Leitung der Geburt einem Arzte zu übertragen. Diese große Armut ist auch dafür verantwortlich zu machen, daß in den öffentlichen Anstalten Liverpools mehr Todesfälle vorkommen, als in solchen anderer großer Städte. So waren nach dem Jahresbericht des Amtsarztes Dr. Hope in den letzten 5 Jahren 35 Proz. der Todesfälle Liverpools in Anstalten aufgetreten, während die Zahlen für Birmingham 24, Manchester 26, Leeds nur 17 Proz. waren.

Im Jahre 1910 wurden dem Amtsarzt von 23054 Geburten 84 Proz. gemeldet; und zwar 59 durch Hebammen, 8,6 durch Aerzte, 13,2 durch Anstalten und 3,5 Proz. durch Eltern und nicht approbierte Frauen. Dem Hebammenverein ist an diesem hohen Prozentsatz ein großes Verdienst zuzuschreiben. Wie groß das Interesse ist, das der Verein an hygienischen Fragen nimmt, geht daraus hervor, daß er in seinem Schoße Gelder gesammelt hat, die dazu bestimmt sind, einen eigenen Pavillon in St. Pauls Augenkrankenhaus auszustatten, der für die Ophthalmia neonatorum ausschließlich dienen soll.

Auch die Aerzte zeigten sich recht entgegenkommend, sprachen sich für die Einführung des Gesetzes aus und verzichteten auf ein Honorar für die Anzeigen.

Dem Amtsarzt steht ein Stab von 22 Säuglingspflegerinnen zur Verfügung, die bei den 14000 Säuglingen, in deren Familien Besuche erwünscht scheinen, 19000 Besuche machten. Sie verteilten Flugblätter, verwiesen die Mütter an den charitativen Verein, an die Armenbehörde, an den Verein für Kinderschutz. Es scheint, als ob diese Vereine nicht zu der richtigen Zeit an die rechten Leute herankommen; eine Aufklärung ist daher nötig. Die Säuglingssterblichkeit ist noch sehr groß; auf bestimmte 874 Familien zählten die Pflegerinnen 1895 Todesfälle bei 3801 Geburten, d. i. eine Sterblichkeit von 498 ‰ Geburten in diesen Familien. Besonders wertvoll erwiesen sich die Besuche bei der Bekämpfung der Ophthalmia neonatorum. Gewöhnlich werden nicht die akuten Formen, sondern mehr chronische angetroffen; die beginnende Conjunctivitis war dann von der Hebamme oder der Mutter behandelt worden. Diese Fälle werden, wenn kein Arzt zugezogen ist, auf öffentliche Kosten in ein Augenkrankenhaus verbracht; gegebenenfalls teilt auch die Mutter den Krankenhausaufenthalt, damit das Kind keinen Schaden leidet.

Der Autor betont das besonders taktvolle Vorgehen der Frauen, die bei ihren Besuchen durch das persönliche Interesse an ihren Pflegebefohlenen außerordentlich viel erreichen.

Diskussion.

Der Vorsitzende (Präsident der Gesellschaft für 1911/12 ist Professor Dr. A. Bostock-Hill): Das Localgovernment Board gestattet nur solchen Gemeinden das Gesetz einzuführen, die nachweisen, daß sie auch das Personal zu seiner Durchführung haben. Notwendig wäre es ja so gut wie in den Liverpooler slums in vielen kleinen Städtchen und auf dem Lande mit unwissender Bevölkerung. Ihm selbst stehe in Warwickshire ein großer Stab von Pflegerinnen zugebote, die im letzten Vierteljahr mehrere hundert Besuche ausgeführt hätten. In seiner Grafschaft werde daher voraussichtlich das Gesetz auch gegen den Willen der Distrikte Geltung erlangen, die sich bisher dagegen gesträubt hätten. Der Hauptwert des Gesetzes beruhe auf der Kontrolle, die dem Amtsarzt über die Hebammen gegeben werde.

Dr. A. H. Bygott-Barking: Die Aerzte hätten sich zunächst gegen die Anzeigen gesträubt; heute sei aber alles gut geregelt. Freiwillige Helferinnen sollten nur nach Empfehlung durch den Amtsarzt angestellt werden. Wichtig sei es, daß die Mütter möglichst früh nach der Entbindung besucht würden; sie fäaden sich häufig in einem Zustand der größten Not. Es empfehle sich, der Säuglingspflegerin Scheine mitzugeben, die von der Mutter mit ihren Wünschen ausgefüllt würden und den Beamten der Armenbehörde zu Besuchen zu veranlassen; andernfalls gebe es kein gesetzliches Mittel, den Mann zu mehr anzuhalten, als die Guardians (Armenverwaltung) verlangten.

Dr. H. Beale Collins-Kingston: Nur 2 oder 3 Aerzte in seinem Bezirk verweigern die Anzeige. Er hält eine Kombination von Säuglingspflegerin und Schulschwestern für nützlich.

Dr. E. W. Hope-Liverpool spricht über das Uebereinkommen, das er mit dem Aerzteverein getroffen hat, dessen Bereitwilligkeit er anerkennt. Der Wert der Milchniederlagen ist für die Ernährung der Mütter nicht hoch genug anzuerkennen. Während der Strikes erkrankten viele Kinder, da die Mütter nicht in der Lage waren, irgend welche Nahrung zu erlangen. — Freiwillige Helfer sind von geringem Wert. Der Amtsarzt kann sie nicht kontrollieren und ist doch für ihr Handeln verantwortlich.

Dr. R. Dudfield-Paddington: In seinem Bezirk — in London — sei so häufig zu großen Schwierigkeiten gekommen. Manche Aerzte übten praktische Resistenz und verweigerten jede Anzeige. Die standesamtliche Registrierung, die in England 42 Tage Zeit hat, sei übrigens anderen Ländern nachzuahmen, bei denen die Anzeigen binnen 4 oder 5 Tagen erfolgten. Es sei widersinnig, daß ein Land wie England, das auf gesundheitlichem Gebiete als Pionier da stehe, keine Anzeigen für Totgeburten kenne.

Dr. E. T. Nash-Wimbledon: Jeder Volksschule sollte eine Säuglingspflegestelle zum Unterricht für die älteren Schülerinnen angegliedert sein. Flugblätter haben keinen Wert; das was für ein Kind gut ist, kann dem Nachbarkind bei der Ernährung den größten Schaden bringen.

Dr. G. F. Buchan-Hounslow: Jede Säuglingspflegerin muß einen richtigen Unterricht auf ihrem besonderen Gebietegenossen haben. Das ist wichtiger, als die Qualifikation als „sanitary inspector". Er sorgt für genügenden Unterricht in Säuglingshygiene in den Schulen.

Dr. P. Caldwell Smith-Wandsworth wendet sich gegen, Dr. Frank Robinson-Cambridge aber empfiehlt freiwillige Helferinnen, die auch in Westminster die ganze Arbeit übernommen haben.

Dr. Mussen (Schlußwort): Ein zu früher Besuch der Mutter ist ein Fehler, da für die ersten 10 Tage nach der Geburt Arzt und Hebamme die Verantwortung für Mutter und Kind tragen. Die Anzeige der Totgeburten ist durch das Hebammengesetz vorgeschrieben; in Liverpool kamen im letzten Jahre 400 zur Meldung. Dr. Mayer-Simmern.

Besprechungen.

Karl Sudhoff: Klassiker der Medizin.

a) Band 10. Edward Jenner: **Untersuchung über die Ursachen und Wirkungen der Kuhpocken (1798).** Uebersetzt und eingeleitet von Prof. Dr. Viktor Forsel. Leipzig 1911. Verlag von J. A. Barth. Preis: geb. M. 1,20.

b) Band 11. Albrecht von Graefe: **Heilwert der Iridektomie bei Glaukom (1857–62).** Eingeleitet und herausgegeben von Hubert Sattler, o. Professor an der Universität Leipzig. Mit zwei Abbildungen im Text. Leipzig 1911. Verlag von J. A. Barth. Preis: geb. M. 2,00.

c) Band 12. Ar-Razi (Razes): **Ueber die Pocken und die Masern (ca. 900 n. Chr.).** Aus dem Arabischen übersetzt von Dr. Karl Opitz, Kreisarzt und Vorsteher des Königl. Medizinaluntersuchungsamtes in Stade. Leipzig 1911. Verlag von J. H. Barth. Preis: geb. M. 1,20.

Mit dem Erscheinen dieser drei neuesten Bände der Klassiker der Medizin ist es Sudhoff gelungen, innerhalb der kurzen Frist von noch nicht zwei Jahren zu uns ein Dutzend der besten Männer unserer Wissenschaft in einer ihrer hervorragendsten Arbeiten sprechen zu lassen. Referent konnte bei Besprechung der ersten Bände dieser vorzüglichen Sammlung (diese Zeitschrift; 1910, S. 902) die von Sudhoff mit der Herausgabe der Klassiker der Medizin beabsichtigten Zwecke und Ziele würdigen; er konnte auch bei Besprechung der weiteren Bände (diese Zeitschrift; 1911, S. 673) feststellen, in wie guter Weise durch Herausgabe der weiteren Hefte im Sinne jener Absichten gehandelt wurde. Das gleiche ist von den vorliegenden drei neuesten Klassikern zu sagen.

Im einzelnen auf Jenners berühmte, grundlegende Arbeit, deren Beobachtungen und Gedanken zum größten Nutzen für die gesamte Menschheit werden sollten, ebenso wie auf Albrecht von Graefes Arbeiten über den Heilwert der Iridektomie bei Glaukom einzugehen, erübrigt sich bei der jedem bekannten Bedeutung dieser Arbeiten.

Der mühevollen Arbeit, zu uns den bedeutendsten Vertreter der arabischen

Periode der Medizin, den „arabischen Hippokrates" in seinem besten Werke, das ihn als einen hochstehenden, klaren klinischen Beobachter und tüchtigen Systematiker erkennen läßt, sprechen zu lassen, hat sich Opitz unterzogen.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Dr. Hermann Lüdke, Privatdozent in Würzburg: **Die Bazillenruhr.** Mit vier Kurven im Text. Jena 1911. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°; 279 S. Preis: geh. M. 7,00.

Der Verfasser, der während der Ruhrepidemien im Stadtkreise Barmen in den Jahren 1904 und 1905 reiche Gelegenheit hatte, klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen über die bazilläre Dysenterie zu machen, hat das Ergebnis dieser bis in die neueste Zeit fortgesetzten Studien in einer Monographie über die Bazillenruhr niedergelegt. Die Geschichte und Verbreitung, die Bakteriologie, die pathologische Anatomie und Klinik, die Therapie, die Serologie, die Epidemiologie und Prophylaxe werden im einzelnen auf das gründlichste besprochen. Ueberall kann Verfasser bei der eingehenden Besprechung strittiger Punkte zur Klärung der Frage durch Beibringung eigener Forschungsergebnisse beitragen. Entsprechend dem Charakter einer Monographie hat Lüdke in vollständigster Weise die vorhandene Literatur berücksichtigt und angeführt. Das Werk wird dem diesem Gebiete Fernstehenden als vorzügliche Einführung in die auch heute noch zum Teil recht verschlungenen Pfade des Studiums der bazillären Ruhr dienen; dem Fachmann wird es zur raschen Orientierung infolge seiner Vollständigkeit stets willkommen sein.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Prof. Dr. W. Prausnitz, Graz: **Grundzüge der Hygiene unter Berücksichtigung der Gesetzgebung des Deutschen Reichs und Oesterreichs.** 9. Auflage, bearbeitet von Prof. P. Th. Müller und Prof. W. Prausnitz. Mit 278 Abbildungen. München 1912. J. F. Lehmanns Verlag. Gr.: 8°, 662 S.; Preis: geh. 9 M., geb. 10 M.

Das in den Kreisen der Studierenden, Aerzte, Architekten, Ingenieure und Verwaltungsbeamten beliebte Lehrbuch der Hygiene hat für die vorliegende 9. Auflage die Mitarbeit von Prof. P. Th. Müller in Graz gefunden. San.-Rat Dr Mugdan hat die Zusammenstellung der deutschen Reichsversicherung verfaßt, Bez.-Arzt Dr. Haimel die der österreichischen gewerbegesetzlichen Verordnungen unterstützt.

Die Grundsätze des Werkes, die wir schon bei früheren Auflagen voll gewürdigt haben, sind die gleichen geblieben, nur die einzelnen Kapitel sind dem jetzigen Stande der Wissenschaft entsprechend erweitert. Auch der Vorzug, daß das ganze Gebiet der wissenschaftlichen und praktischen Hygiene unter gleichmäßiger Berücksichtigung aller einzelnen Teile in möglichster Kürze behandelt wird, kommt in der neuen Auflage zum Ausdruck. Die wichtigsten Gesetze und Verordnungen, die in Deutschland und Oesterreich im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege erlassen sind, wurden durch besonderen Druck kenntlich gemacht. Die Abbildungen sind vermehrt, ältere durch neue ersetzt. Eine freundliche Aufnahme ist den „Grundzügen der Hygiene" auch in der 9. Auflage Müller-Prausnitz sicher.

Dr. Roepke-Melsungen.

Dr. med. A. Grotjahn und **Dr. phil. F. Kriegel: Jahresbericht über soziale Hygiene, Demographie und Medizinalstatistik sowie alle Zweige des sozialen Versicherungswesens.** Zehnter Band. Jena 1911. Verlag von Gustav Fischer. G. 8°, 367 S.; Preis: 12 M.

Der vorliegende 10. Band berichtet in bekannt ausführlicher und zuverlässiger Weise über das Jahr 1910. Seinen Vorgängern entsprechend bringt er Chronik, Gesetze, Kongreßberichte, Referate und Bibliographie aller Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der sozialen Medizin und sozialen Hygiene. Als Anhang ist eine Bibliographie des Medizinalstatisters Friedrich Prinzing beigefügt.

Dr. Roepke-Melsungen.

Dr. Konrad Biesalski: Leitfaden für Krüppelfürsorge. Verlag von Leopold Voss. Leipzig-Hamburg 1911. Kl. 8°; 104 S. Preis: 1 Mark.

... im Auftrage der ...
...ben: es verfolgt ...
... und Erziehung der
... bietet viel des Interessanten
... Kleinen etwas ...
... vom medizinischen ...
... zu machen. Was ...
...schlechter und Weckun...
kann jeder Vorurteilslos...
in dieser von ... an-
Verfasser kein eigen...
ein Geistlicher, ...
derartiger Anstalten auf-
das unbedingt bemä...
sich zu Leitern dies...

... Lüdenscheid.

... zur Alkoholfrage.
...fachem Farbendruck
...manns Verla...

...gesundheit spie...
... v. Grube
...tafel oder Kurve

... Getränk...
... zusammen
... ungefähr beim
... Die dritt...
Kindern au...
Alkohol und
... gestehen
... auf Rechen-
... Tat is...
... in ihn
Einflüsse de...
... Gemüts-
... abgesehen
... von
...leistung
... auch nu...
Heran...
... Arbeit
...schulkinder.
...stungen
...iener
... Dar-
...schaften
nächste...
... Körper-
...

Tagesnachrichten.

... letzte Nummer des preuß. Ministerialblatts für Medi-... die Ernennung des ... Med.-Rats Dr. Wodtke, ... Rat in Merseburg zum Reichskommissar für ... im Südwesten des Reiches an Stelle des ... bisherigen Reichskommissars Ober-Reg.-

Rats Dr. Schreiber. Die Medizinalbeamten werden diese Berufung sicherlich freudig und mit besonderer Genugtuung begrüßen, denn damit ist von neuem ein Medizinalbeamter in eine leitende Stelle eingerückt, die bisher einem Verwaltungsbeamten übertragen war. Vergegenwärtigt man sich die Aufgaben, die dem Reichskommissar nach seiner Dienstanweisung obliegen, so wird man auch vom Standpunkte des Verwaltungsbeamten zugeben müssen, daß diese in erster Linie auf medizinisch-technischem Gebiete liegen. Der Reichskommissar soll nicht blos auf Einheitlichkeit in der Anordnung und Durchführung der landesbehördlichen Maßnahmen gegen den Typhus hinwirken, sondern sich vor allem über die örtliche Bekämpfung der Krankheit in ihren Einzelheiten vergewissern. Er soll zu diesem Zwecke mit den zuständigen staatlichen und kommunalen Behörden unmittelbar in Verbindung treten, im Benehmen mit ihnen an Ort und Stelle die erforderlichen Ermittelungen anstellen, ihnen Vorschläge zur Abstellung der vorgefundenen Mängel machen und ihnen auch sonst in jeder Weise ratend, aufklärend und belehrend zur Seite zu stehen; alles Aufgaben, die am besten von einem hygienisch durchgebildeten Arzt und Medizinalbeamten in vollem Umfange erfüllt werden können, denn sie verlangen ein eingehendes Studium aller gesundheitlichen Verhältnisse des Bezirks, namentlich auf dem Gebiete der Trinkwasserversorgung, der Beseitigung der Abfallstoffe, der Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse. Vergegenwärtigt man sich dann aber weiter, daß der Reichskommissar Chef einer dem Reichskanzler (Reichsamt des Innern) unmittelbar unterstellten Behörde ist, daß er sich ferner zur Durchführung der von ihm für notwendig und zweckmäßig erachteten Maßnahmen mit den zuständigen höheren Landesbehörden in Verbindung zu setzen hat, daß sich sein Amtsbezirk über mehrere Bundesstaaten (Regierungs-Bezirk Trier, Fürstentum Birkenfeld [Oldenburg], Unterelsaß, Lothringen und einen Teil von Oberelsaß) erstreckt und die innerhalb dieses Bezirkes befindlichen Medizinaluntersuchungsstellen seinen Anweisungen Folge zu leisten haben, dann muß man sich allerdings wundern, daß dem jetzigen Reichskommissar nach Rang und Titel nicht die gleiche gehobene Stellung wie seinem Amtsvorgänger eingeräumt ist. Die große Bedeutung seiner Stellung verlangt namentlich mit Rücksicht auf seinen amtlichen Verkehr mit den in Betracht kommenden Landesbehörden unbedingt eine solche Rangerhöhung, anderenfalls wird ihm die Erfüllung seiner wichtigen Aufgaben sicherlich außerordentlich erschwert und dadurch der Sache selbst nur geschadet werden. Finanzielle Rücksichten dürfen hierbei nicht mitspielen; ganz abgesehen davon, daß es auch der Billigkeit widersprechen würde, wenn die gleiche höhere Dienststellung geringer bewertet werden sollte, je nachdem sie von einem Verwaltungsbeamten oder einem Fachmann angenommen wird. Die getroffene Wahl bürgt dafür, daß der neue Reichskommissar den ihm gestellten Aufgaben mindestens ebenso gerecht werden wird, wie sein Amtsvorgänger; hoffentlich folgt seiner höchsten Berufung auch recht bald die dazu gehörige Verleihung einer gehobenen Stellung.

Der vom 24. bis 26. Juni d. J. in Krakau unter sehr zahlreicher Teilnahme abgehaltene **österreichische Amtsärzte-Kongreß** begann am Abend zuvor mit einem zwanglosen Zusammensein, unter Beteiligung der Damen, im Restaurant des Hotel de Saxe, das den Teilnehmern aus dem Deutschen Reich bereits Gelegenheit gab, mit den österreichischen Kollegen enge Fühlung zu nehmen. Im ganzen waren elf deutsche Medizinalbeamte der liebenswürdigen Einladung der benachbarten Kollegen gefolgt, darunter Geh. Med.-Rat Professor Dr. Gumprecht aus Weimar als Vertreter des Deutschen, Reg.- und Med.-Rat Dr. Krause aus Oppeln als Vertreter des Preußischen Medizinalbeamtenvereins und neun Medizinalbeamte aus Oberschlesien.

Am 24. Juni vormittags 9 Uhr wurde der Kongreß in der Aula der neuen Universität durch Oberbezirksarzt Dr. Czyzewicz aus Jaroslaw feierlich eröffnet. Er begrüßte die zahlreich erschienenen Teilnehmer, insbesondere die Vertreter der Behörden und Vereine, namentlich des Deutschen und Preußischen Medizinalbeamtenvereins, und dankte Ihnen, daß sie der Einladung Folge geleistet hätten. Es folgten dann zahlreiche Begrüßungsansprachen, zuerst von dem Vorsitzenden des Vereins österreichischer Amtsärzte, Reg.-Rat Dr. Paul-Wien, dann von dem Vertreter der Statthalterei, dem Vizepräsidenten der Stadt Krakau, dem Rektor und dem Dekan der medizinischen Fakultät der Universität,

den beiden Vertretern des Deutschen und Preußischen Medizinalbeamtenvereins usw. Den Rest des Vormittags füllten sehr interessante Vorträge aus. Am Nachmittag fand eine Besichtigung der Stadt Krakau und ihrer Kunstschätze (Museum, Marienkirche, Königsschloß [Wawal], alte Synagoge usw.) unter Führung akademisch gebildeter Kunsthistoriker statt. Abends waren sämtliche Teilnehmer des Kongresses im großen Saale des alten Theatergebäudes zu einem Diner von der Stadt Krakau eingeladen.

Der zweite Sitzungstag war hauptsächlich Beratungen gewidmet; von denen am meisten die über notwendige Reformen des österreichischen Sanitätswesens interessierte. Im Laufe der Debatte fand sich auch für die Kollegen aus Deutschland mehrfach Gelegenheit in die Diskussion einzugreifen und auf die Entwicklung des Sanitätswesens in der Heimat hinzuweisen.

Am 26. Juni vormittags wurde der Rest der Beratungsgegenstände erledigt, und dann der Kongreß gegen 12 Uhr mittags geschlossen. Am Nachmittag wurde das Salzbergwerk in Wieliczka besichtigt, dessen Höhlen, durch tausende von Kerzen und zeitweilig durch bengalische Flammen erleuchtet, einen geradezu märchenhaften Anblick boten. Zum Schluß der Besichtigung wurde den Teilnehmern in einem Saal tief unter der Erde ein reichhaltiger Imbiß gereicht.

Am 27. Juni begab sich die eine Hälfte der Kollegen nach Zakopane am Fuße der Tatra, die anderen nach Mährisch-Ostrau. Die zu zweitgenannte Gruppe besuchte die Witkowitzer Berg- und Hüttenwerke nebst ihren Wohlfahrtseinrichtungen, unter denen besonders ein neu erbautes Seuchenhospital durch seine zweckmäßige Gliederung (Pavillon-System) Bewunderung erregte. Mittags waren die Kollegen vom Werk zu einem Mahl eingeladen, eine gleiche Einladung war für den Abend von der Stadt Mährisch-Ostrau ergangen.

Der Verlauf des Kongresses hat zweifellos alle Teilnehmer aufs höchste befriedigt; darüber herrschte durchweg nur eine Meinung. Die Verhandlungen enthielten viel Interestantes, auch für die Reichsdeutschen. Die Gastlichkeit war eine außerordentlich liebenswürdige und behagliche.

Dr. Krause-Oppeln.

Das **neu eingerichtete Königl. Sächsische Landesgesundheitsamt**[1] hat am 1. v. M. seine erste feierliche Gesamtsitzung abgehalten unter Teilnahme von Vertretern aller Ministerien, des Dekans der medizinischen Fakultät in Leipzig und der Rektoren der Technischen und Tierärztlichen Hochschule in Dresden. Auch der Minister des Innern Graf Vitztum von Eckstädt war erschienen und begrüßte das Landesgesundheitsamt im Namen der Staatsregierung mit dem Wunsche, daß seine Arbeit dem Lande zum Segen gereichen möge. Der Präsident des Landesgesundheitsamts dankte dem Minister und seinen Räten für das bei der Umgestaltung bewiesene Wohlwollen. Er glaubt getrost das Versprechen abgeben zu können, daß das neue Landesgesundheitsamt die Erwartungen, die zu seiner Begründung geführt haben, vollauf erfüllen und das ihm entgegengebrachte Vertrauen in aller Zukunft zum Besten des Allgemeinwohls rechtfertigen werde.

Die **erste erweiterte Sitzung der I. medizinischen Abteilung des Landesgesundheitsamtes** unter Zuziehung der außerordentlichen ärztlichen Mitglieder ist auf Montag den 25. November d. J. anberaumt. Anträge sind bis Mitte September einzureichen.

Die **IX. Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins** wird am Sonntag, den 7. Juli 1912, vormittags 10 Uhr, in Bad Kissingen (Saal des Kasinogebäudes im Kurgarten) abgehalten.
Tagesordnung: 1. Die Säuglingsfürsorge mit besonderer Beziehung auf die ländlichen Säuglingsverhältnisse in Oberbayern: Med.-Rat Dr. Henkel, Be-

---

[1]) Siehe Nr. 12 dieser Zeitschrift S. 458.

zirksarzt in München. — 2. Ernährungsfragen: Landgerichtsarzt Dr. Schwink in Ansbach. — 3. Bericht; Wünsche und Anträge von Mitgliedern. — 4. Die Heilquellen u. Badeeinrichtungen Kissingens: Bezirksarzt Dr. Maar in Kissingen.

Tags zuvor am Samstag, den 6. Juli d. J., abends 7 Uhr, findet im Lesezimmer des ärztlichen Bezirksvereines (Kasinogebäude I. Stock im Kurgarten) die Sitzung der Vorstandschaft nach § 5 Abs. 2 unserer Satzung zum Zwecke der Neuwahl des Landesvorsitzenden wie zur Besprechung und Beratung der eingelaufenen Anregungen und Anträge, und im Anschluß daran, abends 8 Uhr, eine Zusammenkunft der Mitglieder im Frühlingsgarten.

Aus Württemberg. Das von der Zweiten Kammer angenommene **Oberamtsarztgesetz**[1]) liegt jetzt der Ersten Kammer zur Beschlußfassung vor. Der vorbereitende Ausschuß ist fast allen wesentlichen Beschlüssen der Zweiten Kammer und auch den von ihr beschlossenen drei Resolutionen beigetreten. Ein abweichender Beschluß ist jedoch zunächst zu dem die Kostenfrage regelnden Art. 8 gefaßt, wonach die Kosten der schulärztlichen Tätigkeit auf die Staatskasse übernommen werden sollte, während die Gemeinde für jede vom staatlichen Impfarzt vorgenommene erfolgreiche öffentliche Impfung 60 Pf. an die Staatskasse entrichten sollten. Der Ausschuß der Ersten Kammer schlägt dagegen eine von den Gemeinden zu entrichtende Gebühr für jedes der Aufsicht des staatlichen Schularztes unterstehende Kind von 20 Pf. im Jahr und für jede Impfung von 60 Pf. vor.

Ein weiterer abweichender Beschluß ist sodann noch gefaßt zu Art. 11 Abs. 3, der vom Buchführungszwang, der Kontrolle und der Auskunftspflicht der mit der Ausübung der Heilkunde sich befassenden nicht approbierten Personen handelt. Hier hat der Ausschuß folgende Fassung beschlossen: „Die mit der Ausübung der Heilkunde sich befassenden öffentlich nicht ermächtigten Personen haben Geschäftsbücher zu führen, in denen Name und Wohnort des Behandelten, die behandelte Krankheit, Art und Dauer der Behandlung, sowie das empfangene Honorar einzutragen sind. Die Bücher sind 10 Jahre lang, von der letzten Eintragung an gerechnet, aufzubewahren. Das Ministerium des Innern bestimmt, welche Bücher und Verzeichnisse die übrigen in Abs. 1 genannten Personen mit Ausnahme der Aerzte, Zahnärzte und Wundärzte zu führen haben." Ferner wird die Einschaltung einer Bestimmung beantragt, wonach der Oberamtsarzt befugt ist, Einsicht in diese Bücher und Verzeichnisse zu nehmen. In allen übrigen Fällen ist der Ausschuß den Beschlüssen des anderen Hauses beigetreten.

Der von dem preußischen Apothekerkammerausschuß[2]) beschlossene Entwurf einer **Standesordnung** hat folgenden Wortlaut:

§ 1. Jeder Apotheker ist verpflichtet, durch sein Verhalten die Ehre und das Ansehen des Standes und die Pflichten der Kollegialität zu wahren.

§ 2. Der Apotheker soll sich gegen jedermann hinsichtlich des Geschäftsbetriebes seiner Kollegen zurückhaltend verhalten.

§ 3. Es ist unstatthaft, Angebote von Arzneilieferungen außerhalb des Bezirks der eigenen Apotheke zu machen, angenommen an berechtigte Wiederverkäufer. Bei Streitigkeiten über den Umfang des Bezirks entscheidet der Kammervorstand. Sofern es sich um eigene Spezial-Erzeugnisse der betr. Apotheke handelt, ist eine Mitteilung erlaubt, jedoch nur mit dem Hinweise, daß der Bezug auch durch jede andere Apotheke erfolgen kann.

§ 4. Es ist verboten, mit Aerzten oder anderen Personen, die sich mit der Behandlung von Krankheiten befassen, Verabredungen zu treffen, wonach bestimmte Arzneien unter Decknamen oder solchen Bezeichnungen verordnet werden, die nicht jedem Apotheker die Anfertigung dieser Arzneien ermöglichen.

---

[1]) Siehe Nr. 10 dieser Zeitschrift S. 379.
[2]) Siehe Nr. 12 dieser Zeitschrift; S. 459.

§ 5. Es ist dem Apotheker verboten, zahlungsfähigen Personen einen Preisnachlaß zu gewähren, dagegen steht es ihm frei, denselben unbemittelten Personen einzuräumen. In diesem Falle muß außer dem eingeklammerten Taxpreis der wirklich gezahlte Preis auf dem Rezept vermerkt sein.

§ 6. Aerzten, Zahnärzten und Tierärzten kann eine Preisermäßigung bewilligt werden.

§ 7. In Zeitungsankündigungen dürfen einzelne Apotheken nur dann als Hauptniederlagen von Erzeugnissen aufgeführt werden, wenn zugleich darauf hingewiesen wird, daß diese Erzeugnisse durch alle Apotheken zu haben sind. Bei Uebernahme oder Eröffnung einer Apotheke kann eine diesbezügliche einfache Anzeige in den Zeitungen oder in Form von Briefen erfolgen. Eine größere Reklame soll dabei vermieden.

§ 8. Als standesunwürdig sind insbesondere anzusehen:

1. Mißachtung und Bruch eingegangener Vertragsbedingungen.
2. Ausnutzung der Versehen anderer Apotheker, insbesondere gelegentlicher Taxversehen derselben.
3. Eigennützige Beeinflussung von Aerzten, Zahnärzten, Tierärzten oder sonstigen Personen, die sich mit der Heilkunde beschäftigen, Kassenvorständen, wie überhaupt von solchen Personen, die Einfluß auf die Vergebung von Arzneilieferungen haben können, durch Ueberredung, Geschenke, Vorteilsanerbietungen oder sonstige Mittel.
4. Einrichtung von Sammelkästen oder Sammelstellen für Arzneibestellungen oder andere Vorkehrungen, welche den Zweck haben sollen, die Verhältnisse zugunsten der eigenen Apotheke zu verschieben. — Ausnahmen kann der Kammervorstand gestatten.
5. Marktschreierische Reklame, sowie solche, welche die Unwissenheit des Publikums auszubeuten geeignet ist.
6. Das Verteilen von Spar- und Rabattmarken, Kassenbons und Geschenken zum Zweck der Heranziehung des Publikums zum Schaden benachbarter Apotheken.

§ 9. Der Apothekenvorstand ist verpflichtet, die vorstehenden Festsetzungen seinen Angestellten bekanntzugeben und dafür haftbar, daß in der von ihm geleiteten Apotheke darnach verfahren wird.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten sind in der Zeit vom 19. Mai bis 8. Juni 1912 erkrankt (gestorben) an: Rückfallfieber, Pest, Cholera, Gelbfieber, Tollwut, Fleckfieber: — (—); Aussatz: — (—), — (—), 1 (—); Pocken: 6 (—), 6 (1), 3 (1); Milzbrand: 5 (—), 7 (1), 4 (1); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 3 (—), — (—), 9 (—); Unterleibstyphus: 151 (18), 124 (13), 166 (13); Ruhr: 2 (1), 1 (1), 7 (1); Diphtherie: 1284 (95), 1084 (70), 1233 (72); Scharlach: 1294 (59), 1184 (71), 1237 (48); Kindbettfieber: 89 (22), 63 (14), 68 (12); übertragbarer Genickstarre: 2 (1), 3 (1), — (—); Fleisch- usw. Vergiftung: 58 (1), 30 (1), 63 (1); spinaler Kinderlähmung: 1 (—), 1 (—), 1 (2); Körnerkrankheit (erkrankt): 182, 119, 190; Tuberkulose (gestorben): 827, 814, 877.

Pest. In Aegypten sind in der Woche vom 1. bis 7. Juni an der Pest erkrankt (gestorben): 46 (17) Personen, in Britisch Indien in den Wochen vom 28. April bis 11. Mai: 6318 (5413), 6211 (5244). Eine größere Verbreitung hat die Seuche noch in Hongkong gefunden; in der Zeit vom 21. April bis 11. Mai sind 411 Personen erkrankt und 343 gestorben; auch scheint von hier aus nach Kanton in China verschleppt zu sein (bis 23. Mai: 40 Todesfälle).

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 14. Ausgegeben am 20. Juli 191

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,

Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 14.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dem Reg.- u. Med.-Rat Dr. Räuber in Erfurt; — als Geheimer Sanitätsrat: dem Dr. Keller in Kerpen (Reg.-Bez. Cöln); — als Sanitätsrat: den praktischen Aerzten Dr. Joseph Alexander in Berlin und Dr. Arens in Darkehmen; — das Prädikat als Professor: den Privatdozenten Dr. Georg Lenz in Breslau, Dr. Reiner Müller in Kiel und Dr. Katzenstein in Berlin, sowie dem Abteilungsarzt bei der Charité-Ohrenklinik Dr. J. Flatau in Berlin; — der Stern zum Roten Adlerorden II. Klasse mit Eichenlaub: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Binz in Bonn; — der Kronenorden II. Klasse: dem Med.-Rat Prof. Dr. Groedel in Bad Nauheim; — der Kronenorden III. Klasse: dem Geh. San.-Rat Dr. La Pierre in Potsdam, dem Geh. San.-Rat Dr. Nürnberg in Sangershausen, dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Genzmer in Halle a./S. und dem Geh. San.-Rat Dr. Zschiesche, bisher Direktor der Prov.-Hebammenlehranstalt in Erfurt.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung: des Ehrenkreuzes III. Klasse des Fürstlich Schaumburg-Lippischen Hausordens: dem San.-Rat Dr. Haumann in Bonn; des Oesterreichisch-Kaiserlichen Ordens der Eisernen Krone III. Klasse: dem San.-Rat Dr. Pyrkosch in Charlottenburg; des Ritterkreuzes des Kaiserlich-Oesterreichischen Franz Josephordens: dem Bade-

arzt San.-Rat Dr. Nikolas in Westerland; des Offizierkreuzes des Königl. Griechischen Erlöserordens: dem Prof. Dr. Kutner in Berlin; des Kommandeurkreuzes desselben Ordens: dem Marine-oberstabsarzt Dr. Bensen; des Ritterkreuzes des Königl. Norwegischen Ordens vom heiligen Olaf: dem Prof. Dr. Kayserling

in Berlin; des Offizierkreuzes des Königl. Rumänischen Ordens „Stern von Rumänien“: dem prakt. Arzt Dr. Weecke in Berlin-Lichterfelde; des Ehren-Offizierkreuzes des Großherzoglich Oldenburgischen Haus- und Verdienstordens des Herzogs Peter Friedrich Ludwig: dem bisherigen Reichskommissar für Typhusbekämpfung im Südwesten des Reichs, Ober-Reg.-Rat Dr. Schreiber in Saarbrücken, jetzt in Bromberg und dem Generalober- u. Div.-Arzt Dr. Löhr in Frankfurt a. O.;

des Ehrenkreuzes des Großherzoglich Mecklenburgischen Greifenordens: dem Generalober- u. Div.-Arzt Dr. Walther in Schwerin; des Offizierkreuzes des Herzoglich Braunschweigischen Ordens Heinrichs des Löwen: dem Generaloberarzt Dr. Cuntze, Garnisonarzt in Thorn; des Kommandeurkreuzes des Ordens der Königl. Rumänischen Krone: dem Oberstabsarzt Dr. v. Tobold in Berlin; des Großherrlich Türkischen Osmaniéordens IV. Kl.: dem Marinestabsarzt Dr. Schoemann.

Ernannt: Der bisherige Kreisarzt und ständige Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Düsseldorf Dr. Rathmann zum Reg.- u. Med.-Rat in Marienwerder; Arzt Dr. Mangold zum Kreisassistenzarzt in Danzig (Stadtkreis), der Assistent der bakteriologischen Untersuchungsanstalt Dr. Geißler in Trier zum Kreisassistenzarzt und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamt in Stettin; Prof. Dr. Pankow aus Freiburg in Breisgau zum ordentlichen Mitgliede und Professor für Frauenheilkunde und Geburtshülfe der Akademie in Düsseldorf.

Gestorben: Geh. San.-Rat Dr. Katz, Prof. Dr. Hugo Neumann u. Dr. Max Levy in Berlin, Prof. Dr. Disse in Marburg, San.-Rat Dr. König in Crefeld, San.-Rat Dr. Hamburg in Berlin-Wilmersdorf, Dr. Jacoby in Polzin Reg.-Bez. Köslin), Dr. Brugl in Essen a. Ruhr, Dr. H. Schorkopf in Hanerau (Reg.-Bez. Schleswig), Dr. Wagner in Deutsch-Krone (Reg.-Bez. Marienwerder), Dr. Blumberg in Schönlanke (Reg.-Bez. Bromberg), San.-Rat Dr. Glogowski, Kreiswundarzt a. D. in Görlitz, San.-Rat Dr. Dohmen in Simmerath (Reg.-Bez. Aachen).

Königreich Bayern.

Die Erlaubnis erteilt zur Anlegung: des Königl. Italienischen Ordens der Krone von Italien: dem prakt. Arzt Dr.

Ceconi in München; des Komturkreuzes II. Klasse des Königl. Sächsischen Albrechtsordens: dem Prof. Dr. v. Gruber in München; des Offizierkreuzes desselben Ordens: dem Prof. Dr. Lehmann in Würzburg; des Ritterkreuzes I. Klasse desselben Ordens: dem Prof. Dr. Walkoff und dem Landesgewerbearzt Dr. Koelsch in München; des Ritterkreuzes II. Klasse desselben Ordens: dem Oberarzt Dr. Rüdin in München.

Gestorben: Dr. Moos in München.

Königreich Sachsen.

Gestorben: Dr. Gützlaff in Röcknitz bei Wurzen und Dr. W. Heuer in Dresden-Altstadt.

Königreich Württemberg.

Die Erlaubnis erteilt zur Anlegung: des Königl. Preuß. Roten Adlerordens II. Klasse: dem Obergeneral- und Korpsarzt Dr. v. Wegelin in Stuttgart.

Gestorben: San.-Rat Dr. Karl Berlin in Stuttgart.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Obermedizinalrat: dem Med.-Rat Prof. Dr. Nocht, Leiter des Medizinalamts in Hamburg.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Seidel in Jena, Med.-Rat Dr. Königer ln Oldenburg, Kantonalarzt Dr. Fahrenbach in Riexheim (Oberelsaß).

Der heutigen Nummer liegt eine Reichsgerichts-Entscheidung über das „Emscher-Brunnen-Patent der Firma **Heinrich Scheven** in **Düsseldorf 23** bei, worauf wir besonders hinweiseu.

---

25. Jahrg. 1912.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Nr. 14.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Juli.

Die Reichsversicherung und ihre Einwirkung auf das Apothekerwesen.

Von Dr. **A. Springfeld**, Reg.- u. Geh. Med.-Rat in Osnabrück.

I.

Nach Durchführung der Reichsversicherungsordnung wird die Zahl der versicherten Personen sich auf 20 Millionen belaufen und wenn, was selbst ärztlicherseits erstrebt wird, die Versicherung ausgedehnt wird auch auf die Familienmitglieder der Erwerbsfähigen, werden 40 Millionen Personen, also etwa $^2/_3$ der ganzen Bevölkerung des Deutschen Reiches freie Arznei erhalten. Nach den bei Handhabung der bisher gültigen Krankenkassengesetze gemachten Erfahrungen wächst mit der unentgeltlichen Arzneiversorgung der Arzneiverbrauch pro Kopf und Jahr um ca. 100 %, also, da der bisherige Verbrauch etwa 2 M. betrug, um 2 M. Ist n die Zahl der neuen Kassenmitglieder, so bedeutet 2 n die Umsatzsteigerung in den deutschen Arzneiversorgungsstellen und ca. n . 1,75 M. die Steigerung in den deutschen Apotheken. Da diese jetzt zum Achtfachen des Wertes verhandelt werden, beläuft sich ihre Wertsteigerung auf 8 n . 1,75 M. Ein Apothekenbesitzer braucht nur für n die Ziffer der neuen Kassenmitglieder seines Sprengels zu setzen und er wird freudig erschrecken über die Preissteigerung, die im

ganzen Reiche 30 Millionen 8 . 1,75 = 420 Millionen betragen muß.

Nicht immer gereicht ein rascher, müheloser Gewinn zum Segen; die Aufsichtsbehörde der Apotheken hat sich daher die Frage vorzulegen, welchen Einfluß diese Umsatzsteigerung auf die Arzneiversorgung, deren Schnelligkeit, Billigkeit und Gefahrlosigkeit, sowie auf den Apothekerstand, die gegenwärtigen Besitzer und den Nachwuchs ausüben muß?

Hätten wir im Deutschen Reiche ein die Zulassung zum pharmazeutischen Gewerbe nach einheitlichem System regelndes Gesetz, so ließen sich die Folgezustände leicht übersehen und voraussagen.

Bei dem natürlichsten Gewerbesystem, der Niederlassungsfreiheit qualifizierter Personen, dessen sich Aerzte und Rechtsanwälte erfreuen, würde infolge der Verbrauchssteigerung die Zahl der Geschäfte steigen und diese Tatsache oder schon die Wahrscheinlichkeit, daß dies geschieht, wird eine wesentliche Preissteigerung in den vorhandenen Geschäften nicht aufkommen lassen, zumal der Zudrang zum Beruf und damit die Gründnng neuer Verkaufsstellen bei günstiger Konjunktur in der Regel weit das Bedürfnis übersteigt. Ist ein Geschäft trotzdem zu teuer verkauft, so wird es bald von der Konkurrenz erdrückt und scheidet aus. Die neuen Millionen kommen also ausschließlich dem Stande zugute, dessen Mitglieder vermehrt oder reicher werden, und zwingen die Konsumenten nicht zu neuen Ausgaben.

Ist die Zulassung durch unveräußerliche Konzessionen beschränkt, so werden die Besitzer reicher oder, falls der Staat neue Konzessionen entsprechend der Konsumsteigerung erteilt, zahlreicher; zögert er mit der Herausgabe neuer Konzessionen, so ist sogar im Interesse der Konsumenten eine Herabsetzung der Taxe möglich. Jedenfalls ist die Gewinnsteigerung für den Stand nützlich und für die Allgemeinheit zum mindesten nicht schädlich.

Bei beiden Systemen bleibt die Sicherheit im Arzneiverkehr unberührt; die Schnelligkeit der Arzneiversorgung kann nur gewinnen.

Herrscht das Gewerbesystem veräußerlicher Privilegien, deren Zahl gar nicht oder nicht dem Wertzuwachs entsprechend vermehrt wird, so bringen die Millionen Unheil für den Stand und für die Konsumenten. Der Besitzer wird sein Geschäft alsbald mit dem Achtfachen des Umsatzes verkaufen, sich in einen reichen Apothekenrentner verwandeln und einen mit $^{5}/_{100}$ des erhöhten Werts Jahreszinsen belasteten Nachfolger dem Stande als Genossen präsentieren. Die Behörde steht vor der Alternative, auf eine Vermehrung der Apotheken zu verzichten oder die alte Apotheke sub hastam zu bringen. Von einer Bereicherung des Standes ist keine Rede, wohl

aber oft von einer Verschuldung, wenn spekulativ oder betrügerisch dem durch die Millionen in verstärkter Zahl angelockten Nachwuchs mehr als das Achtfache der Umsatzsteigerung verkauft wird. Kein Wunder, wenn der Käufer versucht, das Geschäft bald wieder los zu werden. Ist dann bei einer Mehrzahl von Geschäften, vermittelt durch provisionshungrige Agenten, der Besitzwechsel häufig erfolgt, so tritt der Reingewinn in ein groteskes Mißverhältnis zu dem investierten Kapital — Apotheken zum Preise von 750 000 M. geben 5000 M. Reingewinn — oder es tritt Ueberschuldung ein und beides zwingt die Besitzer, bis zur nächsten günstigen Verkaufsgelegenheit Raubbau zu treiben, d. h. an Ausgaben zu sparen und den Umsatz, die Basis des Kaufpreises, künstlich zu steigern. Offene und versteckte Kurpfuscherei, Fabrikation, Handel und Schwindel mit Geheimmitteln, Rezeptfälschungen und Buchfälschungen, Nebengeschäfte aller Art dienen der Umsatzsteigerung. Die Notwendigkeit, die Geschäftsausgaben zu beschränken, führt zum Verzicht auf das qualifizierte Personal und zur Beschäftigung nicht approbierter Hilfskräfte, zum Mißbrauch von Lehrlingen zu Rezeptur- oder Handverkaufsmaschinen. Da der überlastete Besitzer keine Zeit hat, so schränkt er die Produktion ein, zuerst die Defektur, dann die Rezeptur und verlangt eine Einschränkung der Zahl der Rezepturmittel zugunsten der Handverkaufsmittel. Die Großindustrie reißt die Produktion an sich und drückt die Apotheken zu Abgabestätten herab, die lukrativste Tätigkeit, die Rezeptur, schwindet. Der Besitzer hat auch keine Zeit mehr, die Waren zu untersuchen; er behält von Tag zu Tag weniger die Möglichkeit dazu, da die Großindustrie die Mittel in dosierter, konservenähnlicher Form und geschlossenen, zur Abgabe bereiten Verpackungen liefert. Die Untersuchung ist aber um so notwendiger, als die Zinsennot vielfach zum Bezuge minderwertiger Waren mit langfristiger Bezahlung, zur Substitution billiger Waren, zum Unterlassen des Ersatzes verdorbener führt. Der gehetzte Besitzer unterläßt bald auch alle Reparaturen und Anschaffungen, greift zu unglaublichen Improvisationen, benutzt undichte Behälter usw.; man sieht undeutliche oder fehlende Signaturen, defekte, unsaubere, mit Arzneiresten bedeckte Dispensiergeräte und Wagen, Irrtümer bei der Rezeptur und beim Handverkauf, gemeingefährliche Unordnung, Unsauberkeit und Unsicherheit im Gift- und Arzneiverkehr. Ist die Verschuldung allgemeiner geworden, dann beginnt der Ruf nach Erleichterung der zur Sicherheit des Arzneiverkehrs erlassenen Bestimmungen. Eine Schutzwehr nach der anderen fällt, die Revisionen können Ordnung nicht mehr schaffen und sinken zu Geschäftsreklamen herab; mit dem Verlangen nach Sonntags- und Alltagsruhe, Nachttaxe usw. unterhöhlen die Besitzer selbst die moralische Berechtigung ihrer Monopole. Schließlich ertönt der Ruf nach Erhöhung der Taxe, die dann die Wertsteigerung verzinsen muss. Damit hat der Stand sich seine Konkurrenz selbst großgezogen: 1) die Grossindustrie, deren Filialen die Apotheken

nur noch sind durch die Einstellung der Produktion, 2) die loyal oder illoyal arbeitenden Arzneihändler ohne Privilegium durch die unerschwinglichen Preise der Arzneimittel, unter ihnen besonders die als Pharmazeuten approbierten, durch die hohen Preise der Apotheken aus dem Beruf Verschlagenen, 3) ärztliche Dispensieranstalten und dispensierende Krankenschwestern durch die Seltenheit der Apotheken, 4) ein anspruchsvolles Gehilfenheer endlich durch die Schuldenzinsen und die Einstellung minderwertigen Hilfspersonals. Offenbar wird die Sicherheit im Arzneiverkehr durch jede Umsatzsteigerung bei diesem System mehr gefährdet, die Schnelligkeit der Arzneiversorgung vermindert und der Preis ins Maßlose verteuert. Der Besitzer verarmt. Der Nachwuchs wird aus dem Beruf gedrängt oder gezwungen, im Interesse der Apothekenrentner Frohndienste zu tun; die Konsumenten bekommen für die Millionen, welche sie dem Stande in den Schoß werfen, als Dank eine weitere Erhöhung der Arzneitaxe, obwohl diese jezt schon 400 Millionen Idealwerte in 2700 preußischen Apotheken verzinsen muß.

Bestehen im Lande endlich die verschiedenen Gewerbesysteme der Beschränkung nebeneinander, Privilegien und unveräußerliche Konzessionen, so wird die Umsatzsteigerung nur im Absatzgebiete der veräußerlichen Gerechtigkeiten und hier auch nur dann schädlich wirken können, wenn einer Preissteigerung und einem Verkauf der Geschäfte nicht durch rechtzeitige Herausgabe neuer Konzessionen vorgebeugt werden kann oder wird. Da gesetzlich und tatsächlich zur Gründung einer Neuanlage ein Minimalumsatz von etwa 8000 M. gehört, wird man aus der Umsatzsteigerung nur da das Recht und die Möglichkeit zu Neuanlagen haben, wo die Umsatzsteigerung in benachbarten Apotheken diese Höhe erreicht. Im allgemeinen aber wird die Höhe des Schadens abhängen schon von dem Rufe, in dem die Regierung bei den Besitzern und Käufern steht. Trauen diese ihr Neugründungen zu, so wird die Preissteigerung mäßig sein; steht die Regierung in dem Rufe, mit sich handeln zu lassen, so wird skrupellos der letzte Rest der Umsatzsteigerung und mehr zum x-fachen verhandelt werden.

In Deutschland haben nun sämtliche Gewerbesysteme schon geherrscht: Reste aller ragen wie Petrefakte in die Neuzeit hinein und das Wort Ben Akibas: „Alles ist schon einmal da gewesen“, trifft auf keines Gewerbes Entwicklung mehr zu als auf die des pharmazeutischen. Es ist lehrreich und zum Beweise der Richtigkeit des Gesagten wie zur Unterlage von Prognosen notwendig, einen kurzen Blick auf die Entwicklungsgeschichte zu werfen.

Die ersten gesetzlichen Bestimmungen über das Arzt- und Apothekengewerbe finden sich in den Konstitutionen Kaiser Friedrichs II., deren Inhalt sich durch die Worte Trennung des Arzt- und Apothekergewerbes, Apothekereid, Taxe, Visitationen,

Betriebsordnung, Niederlassungsfreiheit kurz bezeichnen läßt.

Um sich gegen Konkurrenz zu schützen, suchten die Apotheker Privilegien nach, die zuerst vom Landesherrn, später von den Kommunen ausgegeben wurden. Diese Gewerbsgerechtigkeiten wurden entweder einer Person nur für ihre Lebensdauer verliehen — dies waren die eigentlichen Privilegien — oder an einzelne Personen und deren Nachkommen, sog. Realgewerbegerechtigkeiten, die vererbt, veräußert, verpfändet, verpachtet, persönlich oder durch Verwalter ausgeübt werden konnten. Im engeren Sinne wurden die sog. radizierten Gewerbegerechtigkeiten, d. h. diejenigen, deren Betrieb an den Besitz eines bestimmten Hauses geknüpft war, Realgewerbegerechtigkeiten oder Realprivilegien genannt. Der Umfang eines derartigen Privilegiums war verschieden. Es gab sog. Exklusivprivilegien, deren Besitzern der Alleinvertrieb von Arzneiwaren innerhalb eines bestimmten Bezirks zustand, welche mehr den Charakter einer Betriebserlaubnis hatten. Praktisch bestand weder zwischen Privilegien und Realgewerbeberechtigungen, noch zwischen einfachen und Exklusivprivilegien ein Unterschied. Beide wurden vererbt und veräußert und mit Hilfe der clausula rebus sic stantibus gelang es, im Bannrecht der Exklusivprivilegien bald neue Apotheken zu errichten. Anfangs sind wohl die meisten Privilegien verkauft worden; später, als das Recht zur Ausgabe derartiger Privilegien den Händen vieler Landesfürsten entglitt und auf die Städte überging, entwickelten sich die Bedingungen, unter denen Apothekenprivilegien erteilt wurden, innerhalb der einzelnen Grenzpfähle nach so vielen Richtungen hin, daß man kein System ausfindig machen kann, welches nicht im deutschen Vaterlande schon existiert hätte. Die einen verliehen Privilegien oder Realgerechtigkeiten gegen einmalige Rekognition, die anderen hielten an einer jährlich oder zu bestimmten Zeiten (Regierungswechsel) zu entrichtenden Abgabe fest, die dritten gaben die Stadtapotheken in Verwaltung oder Erbpacht, die vierten endlich gaben für Geld jedem Bewerber formlos die Erlaubnis und bekümmerten sich nicht weiter darum, was aus der Gerechtigheit nach Abgang des ersten Besitzers wurde. Bei diesem Wirrwarr ist es kein Wunder, wenn eine spätere Zeit nicht mehr die Grenzen der verliehenen Rechte abzustecken vermag, und namentlich nicht mehr entscheiden kann, welche Privilegien persönliche und welche reale sind. Von den jetzt verkäuflichen Privilegien sind sehr viele ersessen, d. h. sie beruhen lediglich auf dem Gewohnheitsrecht der Verkäuflichkeit und sind nicht, wie mit Emphase von den heutigen Besitzern behauptet wird, „wohl verbrieft" oder wenigstens vom zweiten Besitzer nicht rechtmäßig erworben.

Die französische Revolution beseitigte die Privilegien der Zünfte und brachte das Prinzip der Gewerbefreiheit zur Durchführung. Dasselbe breitete sich mit der Ausdehnung der

franz. Herrschaft namentlich über alle zum französischen Kaisertum gehörigen deutschen Gebietsteile aus (linksrhein. Gebiet, Großherzogtum Berg, Westfalen, Sachsen, Herzogtum Warschau, Posen, Preußen). Auch Preußen ging in den Jahren 1810 und 1811 zur Gewerbefreiheit über. Damit verschoben sich die Rechtsverhältnisse der Apotheker. Nachdem das Gewerbekammeredikt vom 2. November 1810 den Grundsatz gesetzlich sanktioniert hatte, daß hinfort dingliche Apothekengerechtigkeiten nicht mehr erteilt werden sollten, machte das Gesetz über die polizeilichen Verhältnisse der Gewerbe vom 7. September 1811 in § 89 die Ausübung des Gewerbes abhängig von der Erteilung eines Gewerbescheins und von einem Befähigungsattest der Provinzialregierungen und stellte für die Anlage neuer Apotheken ein besonderes Gesetz in Aussicht.

Dieses erging nach dem Entwurf des Staatskanzlers unter dem 24. Oktober 1811 und verordnete,

1. daß Neukonzessionen von den Provinzialbehörden auf Antrag der Kreisphysiker und der Ortspolizeibehörde nach dem Bedürfnis zu erteilen seien,

2. dass die Entscheidung der Bedürfnisfrage abhängig zu machen sei

a. von einer bedeutenden Vermehrung der Volkszahl,

b. von einer bedeutenden Erhöhung der Wohlhabenheit,

c. von der Prüfung des Einspruchsrechts der einheimischen Apotkeker,

d. in Berlin, Breslau und Königsberg von der Entschädigung der ausschließlichen, vererblichen und veräusserlichen Gewerbeberechtigungen, welche nach § 32 des Edikts vom 7. Sept. 1811 abgelöst und bis dies geschehen könne, verzinst werden sollten.

Die Konzessionen wurden ohne Entgelt auf Lebenszeit verliehen, konnten nur unter den in der rev. Ap.-O. festgelegten Bedingungen entzogen werden, waren aber als reine Personalkonzessionen gedacht und als solche nicht vererbbar, nicht eintragbar, nicht verpfändbar, nicht veräußerlich weder unter Lebenden noch von Todeswegen, durften auch weder verpachtet, noch durch einen Administrator verwaltet werden.

Die Medizinalbehörden hatten sich die Durchführung dieses Prinzipes der Unveräußerlichkeit nicht nur leichter gedacht, als sie sich im praktischen Leben wirklich gestaltete, sondern sie waren auch der Ansicht, daß mit den neuen Gesetzen die alten Privilegien aufgehoben seien. Dagegen sträubten sich die Privilegienbesitzer teils mit Recht, teils ohne Grund.

Die vergeblichen Versuche, mit den alten Privilegien aufzuräumen, zogen sich bis in das vierte Jahrzehnt hinein und absorbierten einen wesentlichen Teil der Kraft der mit Apothekensachen befaßten Medizinalbehörden.

Unter den ständigen Kämpfen mußte die Durchführung des Prinzips der Unverkäuflichkeit der neuen Konzessionen leiden. Von einer praktischen Handhabung desselben war nur in einzelnen Regierungsbezirken auf kurze Zeit die Rede, hauptsächlich weil man von vornherein zu viel und zu leicht Ausnahmen zuließ.

Auf dem Umwege der Vererbbarkeit war man schon i. J. 1840 zur Veräußerlichkeit gelangt und hatte wiederum ein dreißigjähriges Gewohnheitsrecht geschaffen, dem man in

manchen Fällen nicht einmal damit begegnen konnte, daß man sich durch Ausübung des Bestätigungsrechts oder durch Einfügung einer entsprechenden Formel in die Bestätigungsurkunde das formelle Recht gewahrt hatte. Aus den Personalkonzessionen waren Realkonzessionen geworden.

Tatsächlich waren die Preise für Apothekenprivilegien und -Realkonzessionen gleich und zwar gleich hoch. Zahlreiche Erlasse des Med. Departements zur Eindämmung der hohen Apothekenpreise zeigen, ebenso wie die Literatur jener Jahre, daß die hohen Preise der Apotheken in Verbindung mit häufigem Besitzwechsel sowohl von Medizinalbeamten, wie von Apothekern selbst als für die Sicherheit des Apothekenbetriebes schädlich empfunden wurden.

Ein unter dem 13. August 1842 ergehender Min.-Erlaß bestimmte, daß fortan bei Weiterverleihungen von Konzessionen lediglich der administrative Gesichtspunkt maßgebend und keinesfalls dem abgehenden Apotheker das Recht der Präsentation eines Nachfolgers gestattet sein solle.

Die Klippe, von welcher diese Reform bedroht wurde, war die Ausdehnung des Prinzips der Unverkäuflichkeit auch auf die seit 1810 ausgegebenen Konzessionen und auf die während der französischen Fremdherrschaft neu angelegten Apotheken. Die rechtliche Natur der ehemals französischen Apotheken war strittig und der Versuch, die Personalkonzession auf diese auszudehnen, konnte ohne ernste Streitigkeiten, Prozesse, richterliche Entscheidungen kaum durchgeführt werden. Dazu kam die Erschütterung der Vermögenswerte, die in den Realkonzessionen investiert waren. Die Apotheker und ihre Gläubiger erhoben ein gewaltiges Geschrei und verlangten mit großer Heftigkeit, daß das Apothekenwesen gesetzlich geordnet werde. Eine im Januar und Februar 1845 in Berlin tagende Kommission von Apothekern brachte ihre Einwände gegen die Allerhöchste Ordre vor und stellte einen neuen Gesetzentwurf auf Grundlage der Realkonzession zur Beratung. Dieser wurde mit einer ausführlichen Denkschrift dem Könige vom Minister Eichhorn vorgelegt, aber verworfen, weil die Realkonzession der neuen Gewerbeordnung vom 17. Januar 1845 zuwiderlief. Es wurde nun in Aussicht genommen, den Provinziallandtagen Gesetzesvorlagen zu machen. Bis zur definitiven gesetzlichen Regelung solle, so bestimmte eine Allerhöchste Ordre vom 21. Oktober 1846 — die merkwürdigerweise niemals publiziert ist und deshalb nirgends Gesetz geworden ist —, es bei der bisherigen Praxis der Verkäuflichkeit der Konzessionen sein Bewenden behalten. Der Minist.-Erlaß vom 21. Oktober 1846 rechtfertigte die Rückkehr in für einen Minist.-Erlaß auffallend ausführlicher Weise damit, daß die Voraussetzungen der Allerhöchsten Ordre vom 8. März 1842 sich im praktischen Leben (NB. in einem Zeitraum von 4 Jahren!!) nicht bewährt hätten.

Die Folgen des neuen Erlasses ließen nicht auf sich warten: Unbeschränkter Besitzwechsel, Steigen der Apothekenpreise, Verschuldung der Privilegien und Konzessionen, Schacher mit den Staatsgeschenken, Geheimmittelschwindel und Kurpfuscherei in den Apotheken, Betriebsunsicherheit. Gegen die Preisbildung gab es kein anderes Mittel als dasjenige ergiebiger Neukonzessionierungen. Die Regierung machte davon im 3.—5. Jahrzehnt sehr geringen Gebrauch. Einzelne Bezirksregierungen hatten die Neigung, die Bestätigung des neuen Konzessionars bei offenbar zu hohem Kaufpreise zu untersagen, wurden aber vom Ministerium leider belehrt (Erlaß vom 15. Juli 1857), daß wegen zu hohen Kaufpreises einem vorgestellten geeigneten Geschäftsnachfolger die Konzession nicht versagt werden dürfe. Die Zahl der Neukonzessionen im 6. Jahrzehnt betrug wenig über 200. Im Jahre 1822 kam auf 19329 Einw. 1 Apotheke und im Jahre 1858 auf 11616, in Schlesien auf 16685, in Ostpreußen auf 14492 Einw. 1 Apotheke. Es waren, selbst wenn man 10000 Einw. auf 1 Apotheke rechnet, 274 Apotheken zu wenig vorhanden; dabei konnte damals schon bei 5000 Seelen ein Geschäft bestehen.

Den Zustand des Apothekenwesens zu Ende der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts schildert der Breslauer Reg.- u. Med.-Rat Brefeld in folgenden zusammenfassenden Sätzen:

1. Der preußische Staat hat ca. 18½ Millionen Einwohner u. 1580 Apotheken. Es kommen somit durchschnittlich nahezu 12000 Einwohner auf eine Apotheke.

2. Der Gesamtwert dieser Apotheken beläuft sich auf rund 50 Millionen Taler.

3. Von dieser Summe entfallen auf die Realwerte (Grundstücke, Geräte und Waren) 14½ Millionen, auf die Privilegien und Konzessionen 35½ Millionen.

4. Die Jahresbruttoeinnahme sämtlicher Apotheken beträgt ca. 7 Millionen.

5. Auf den Kopf der Bevölkerung fallen an Arzneikosten ca. 12 Sgr. pro Jahr.

6. Der Apothekenhandel datiert vom Jahre 1815 an.

7. Er umfaßt seit jenem Jahre bis zum Schlusse des Jahres 1862 ca. 9% sämtlicher Apotheken.

8. Die Zahl der Verkäufe, welche jede einzelne zu erleiden hatte, betrug durchschnittlich 3½; sie stieg bei einzelnen bis zu 12.

9. Die Verkäufe haben sich im Laufe der Zeit immer mehr gesteigert und gehäuft.

10. Von den 35 Millionen, welche in den Werten von Privilegien und Konzessionen stecken, sind durch die stattgefundenen Verkäufe 28—29 Millionen Gewinn realisiert, mit welchen sich die Verkäufer größtenteils vom Apothekenfache ganz zurückgezogen haben. Der Rest von nicht realisiertem und noch nicht abgeflossenem Gewinn betrug 7 Millionen.

11. Vor dem Jahre 1815 existierten Privilegienwerte noch garnicht oder doch nur ausnahmsweise in verschwindend kleinem Maße. Apothekenverkäufe kamen nur ausnahmsweise vor — der großen Regel nach gingen sie von Erbwegen aus einer Hand in die andere, in Verkaufsfällen wurden meist nur die Realwerte bezahlt.

12. Die 5proz. Zinsen von 35 Millionen betragen beinahe 1800000 Taler. Davon entfallen auf die abgeflossenen vier Fünftel ca. 1440000 Taler; im Genusse des letzten Fünftels befinden sich noch die besitzenden Apotheker.

13. Das Kapital von 28—29 Millionen Talern, welches die Verkäufer herausgezogen haben, lastet auf den Ankäufern und ihren Apotheken. Letztere müssen dasselbe mit 1440000 Talern jährlich verzinsen.

14. Dieser Umstand drückt die Besitzer, wenn sie nicht zufällig eigenes Vermögen haben. Ein großer Teil ihres Erwerbs wird von diesen Zinsen

konsumiert, und es bleibt nur noch ein notdürftiges Quantum für den Lebensunterhalt. Zur Erhaltung und Verbesserung ihrer Institute fehlt es an privaten Mitteln. Darin liegt der Hauptgrund bleibender geringer Qualität der Apotheken, welche bei Fortdauer der Ursache für die Folge immer mehr wachsen wird.

15. Der Ausgabe neuer Konzessionen stemmen sich häufig die größten Schwierigkeiten entgegen, indem den Nachbarn ein Teil ihres mit schwerem Gelde erkauften Besitztums genommen werden muß, um es dem neuen Konzessionar als reines Geschenk entgegen zu tragen.

16. Die Ausgabe von Konzessionen auf kleinere Orte ist, wenn auch eine Apotheke in erster Hand notdürftig daselbst bestehen kann, sehr bedenklich, weil die anfängliche Subsistenzfähigkeit alsbald aufhört, wenn sie verkauft und mit Schulden belastet wird. Das letztere macht schlechte Buden, vor welchen gar keine den Vorzug verdienen.

Brefeld verwarf wie der Arnsberger Reg.- u. Med.-Rat Pappenheim das Limitierungsprinzip überhaupt.

Die Strömungen bei Gründung des Reiches und beim Erlasse der Reichs-Gew.-O. waren anfangs der Niederlassungsfreiheit approbierter Pharmazeuten günstig und dementsprechend legte der Minister Delbrück einen Gesetzentwurf vor, der die Niederlassungsfreiheit in Orten erstrebte, an welchen noch keine Apotheke bestand. Da dieser aber weder die Freihändler noch die Apothekenbesitzer befriedigte, arbeitete der Abgeordnete Röstel einen Entwurf auf Grundlage der reinen Personalkonzession mit Umwandlung der Realkonzessionen in personelle nach einer auf 25 Jahre bemessenen Uebergangsfrist aus. Auch diesen brachten die Apothekenbesitzer zu Fall, und so beschloß man endlich, nachdem durch den § 6 Reichs-Gew.-O. der Stand der Drogisten weitgehende Befugnisse erhalten und damit eigentlich erst geschaffen war, „durch eine rationelle Verwaltungspraxis die Reform vorzubereiten und bis zum Abschluß der Vorbereitungen die Reform zu vertagen“.

Eine Vermehrung der Apotheken erfolgte indessen nicht, dafür aber trat ein um so schwunghafterer Handel mit Konzessionen ein, der den Raubbau im Gefolge hatte, wie ich ihn oben geschildert.

In Berlin erreichte i. d. J. 1877—1886 eine Konzession ohne Grundstück den Wert von 300000 M., der Idealwert also ca. 270000 M. in den kleineren Apotheken. Bei größeren Apotheken war die Steigerung der Monopolwerte eine noch erheblichere. Für eine im Jahre 1860 herausgegebene Konzession mußte der Käufer i. J. 1886 525000 M., für die ganze Apotheke inkl. Grundstück u. Einrichtung 765000 M. bezahlen, während der erste Käufer dafür 70800 M. bezahlt hatte. Im Durchschnitt betrug der Wert des Staatsgeschenkes einer Konzession in diesem Zeitraum 200000—300000 M.; Apotheken unter 200000 M. ohne Einrichtung waren garnicht aufzutreiben.

Als die sozialpolitischen Gesetze den Apotheken

eine von Jahr zu Jahr steigernde sichere Rezeptur- und Handverkaufseinnahme zuführten, suchte die Regierung weiterem Handel vorzubeugen, indem sie (21. Juli 1888, Min.-Bl. S. 900) die zehnjährige Unverkäuflichkeit der neuen Konzessionen einführte. Da sie aber nicht einmal das Absatzgebiet dieser neuen Konzessionen kannte und auf den ursprünglichen Bestand zu beschränken wußte durch rechtzeitige Neukonzessionen, so bewirkte sie nur einen noch ausgedehnteren Terminhandel mit den Staatsgeschenken, der sie zwang i. J. 1894 die Unverkäuflichkeit der neuen Konzessionen anzuordnen. Pistor erstrebte damals auch reichsgesetzliche Regelung auf Grundlage der Personalkonzession, scheiterte aber wie seine Vorgänger 1811, 1842, 1877 daran, daß er die Verkäuflichkeit der Realkonzessionen, wenn auch erst nach einer auf 25—40 Jahre bemessenen Uebergangsfrist, aufheben wollte. Ich habe ihm dies S. 83 meiner Broschüre „Zur Entwicklungsgeschichte der Apothekenreform“[1]) vorausgesagt.

Pistor, der auch in zahlreichen Erlassen stets die Notwendigkeit ausgiebiger Neukonzessionierungen betont hatte, wurde bald darauf im Ministerium ersetzt durch seinen Gegner, den Apotheker Fröhlich. Dieser bekehrte sich als Ministerialrat bald zur Ansicht Pistors und wurde Anhänger der Personalkonzession — früher war er Anhänger der Realkonzession oder der Niederlassungsfreiheit. Im Reichsamt des Innern wurde dann von 1896—1910 der Pistorsche Entwurf umgearbeitet; als er aber vorgelegt werden sollte, erklärte der Minister Delbrück, den seines Vaters Spuren wohl schreckten, das Reich wolle es den Bundesstaaten überlassen, die Materie zu regeln.

Wir sehen am Ende dieser Entwickelung i. J. 1910, 3511 Apotheken und zwar 792, d. h. 22,6 % privilegierte, 1925 gleich 54,8 % realkonzessionierte und 792 gleich 22,6 % unveräußerliche Personalkonzessionen unter einer Bevölkerung von 39 926 000 Einwohnern. Die Summe der auf den verkäuflichen Konzessionen lastenden Idealwerte beträgt rund 400 Millionen, für deren Zinsen, in der Höhe von 20 Millionen, eine heraufgeschraubte Taxe aufkommen muß, ohne daß die gegenwärtigen Besitzer davon Vorteil hätten.

Die verkäuflichen Konzessionen finden sich in den Städtekernen und der Zahl nach überwiegend auf dem Lande, während die Umsatzsteigerungen vorwiegend auf dem Lande zu erwarten sind.

Gegen die Preissteigerung und ihre Schäden, die nach dem Gesagten in den verkäuflichen Apotheken unvermeidbar sein würden, gibt es, wenn man von dem m. E. moralisch und gesetzlich unzulässigen Mittel des Verbotes der Verkäuflichkeit

[1]) Verlag von Georg Thieme. Leipzig 1896.

von Realkonzessionen absieht, nur ein Mittel: Die Apothekenvermehrung überall da, wo eine hinreichende Steigerung des Umsatzes stattgefunden hat.

So einfach es ist, dieses Mittel zu verschreiben, so schwer erhältlich ist es bei der heutigen Gesetzgebung und dem mit ihrer Handhabung betrauten Beamtenapparat; ja ich möchte die Behauptung aufstellen, daß eine hundertjährige Geschichte ebenso wie das Studium der Gesetze und die Erfahrung der Regierungs- und Medizinalräte lehrt, daß es praktisch nicht möglich ist, die Apotheken der Umsatzsteigerung entsprechend zu vermehren.

Als man in der Gewerbeordnung der Jahre 1810/11 verboten hatte, fortan dingliche Apothekengerechtigkeiten zu verausgaben, nahm man sich vor, durch unverkäufliche Gewerbescheine die Privilegien zu erdrücken, ließ aber die Umwandlung der Scheine in Realkonzessionen zu und konnte 1842 froh sein, nicht viel davon herausgegeben zu haben, weil deren Werte denjenigen der Privilegien gleichkamen. Als der Reformversuch des Jahres 1842 gescheitert war, beschloß man abermals durch Vermehrung der Apotheken der Steigerung der Idealwerte vorzubeugen. Aber bis zum Jahre 1869 hatten sich diese verdoppelt, ein Zeichen, daß zu wenig Apotheken neu errichtet waren. Der 15jährige Streit um die Niederlassungsfreiheit ging aus wie das Horneberger Schießen, weil die Besitzer der Privilegien und Realkonzessionen aus Eigennutz jede Reform verhinderten und nicht einmal die Niederlassungsfreiheit in Orten zulassen wollten, in denen bis dahin Apotheken nicht errichtet waren. Damals rief ein preußischer Geheimrat ärgerlich aus: „Wir werden die Privilegien so zu unterhöhlen wissen, daß wir fortan nur noch mit Nullen zu rechnen brauchen“, und alle Gesetzentwürfe und Petitionen wurden durch die Worte der Regierung begraben, daß man durch eine rationelle Verwaltungspraxis die Reform vorbereiten und bis zum Abschlusse dieser Vorbereitungen die Reform vertagen wolle. Aber die Jahre 1878—86 bewiesen, daß die preußische Verwaltung dazu nicht imstande war. Es kamen die sozialpolitischen Gesetze, die mit einem Male den Apotheken Millionen zuführten. Die Regierung führte die Unverkäuflichkeit der neu herausgegebenen Konzessionen ein; da sie aber wiederum nicht imstande war, die Apothekenvermehrung in Einklang zu setzen mit dem rapid wachsenden Arzneikonsum und der Vermehrung der Bevölkerung, so wurde mit den neuen Konzessionen ein schamloser Terminhandel getrieben und alle oben geschilderten Folgezustände der Privilegienwirtschaft traten ein. Jetzt endlich erreichte es Pistor, daß die neuherausgegebenen Konzessionen für unverkäuflich erklärt wurden. Seine Absicht, nun auch in die Apothekenvermehrung Leben zu bringen, scheiterte. Der Effekt der Jahrhunderte langen Bemühungen der preußischen Medizinalverwaltung, in der Apothekenvermehrung gleichen Schritt

zu halten mit der Vermehrung der Bevölkerung und der relativen Kaufkraft des Publikums, ist ein unleugbares Fiasko, und alle Schäden, die daraus und aus der Preissteigerung der Apotheken auf diesem Gebiete der Medizinalverwaltung entstanden sind, fallen mehr oder weniger der Regierung zur Last.

Im Jahre 1894 zählte man 31475600 Einwohner, im Jahre 1816 · 10280000, der Bevölkerungszunahme von 21,2 Millionen entsprechend, hätte man bei damals anfangs durchschnittlich 5000, später 7000 Einwohnern, die man auf eine Apotheke rechnen durfte, mindestens 3000 Apotheken gründen müssen. Da nur 1925 Realkonzessionen vorhanden sind, so fehlen in dieser Periode rund 1000 Apotheken. Im Jahre 1910 zählte man rund 40 Millionen Einwohner, also rund 8 $^{1}/_{2}$ Million mehr als im Jahre 1894. Da nun eine nicht verschuldete Apotheke, wie ich unten beweisen werde, sehr gut bei 18000 M. Umsatz besteht und dieser in der Regel bei einem Arzneikonsum von 3 M. pro Kopf und Jahr im Durchschnitt sich unter 6000 Konsumenten findet, so hätten in der Zeit von 1894—1910 1400 Apotheken gegründet werden müssen, errichtet sind aber nur 794; das Manko beträgt also 606 Apotheken. Zu ähnlichen Schlüssen gelangt man, wenn man die Summe der Idealwerte, d. h. der Preise der Privilegien und Realkonzessionen vermehrt um die Idealwerte der Immobilien betrachtet. Sie belaufen sich auf ca. 400 Millionen, was 20 Millionen Jahreszinsen bedeutet. Nimmt man an, daß auch ein Apotheker bei verhältnismäßig glänzender Reliktenversorgung mit dem Gehalt eines Regierungsrates auskommen könnte und auskommen kann, so gelangt man auf dieselbe Ziffer von 1600 fehlenden Apotheken.

Man wird nicht behaupten können, daß dies eine Glanzleistung der preuß. Medizinalverwaltung sei, und da man unmöglich so wenig Fleiß und Interesse bei festangestellten Beamten voraussetzen kann, wie zu einer derartigen Unterlassungssünde gehören würde, so wird man untersuchen müssen, wie weit Fehler im Gesetz dessen Ausführung verhindert haben.

Das Gesetz vom 24. Oktober 1811 wegen Anlegung neuer Apotheken (G.-S. S. 359) regelt die Voraussetzungen, unter denen neue Apotheken errichtet werden sollen, und zugleich die Zuständigkeit der Behörden und den Instanzenzug.

In ersterer Beziehung kann es nicht verbessert werden: Es macht die Anlage neuer Apotheken von der Bedürfnisfrage abhängig, d. h. von der Steigerung der Bevölkerungszahl und der relativen Kaufkraft der Bevölkerung, dem Arzneikonsum, deren Produkt den Arzneiumsatz bedingt.

Was die Zuständigkeit der Behörde und den Instanzenzug anlangt, so ist das ursprüngliche Gesetz verschlechtert worden. Es legte nämlich den Beschluß über die An-

träge des Kreisarztes und Landrats auf Errichtung neuer Apotheken in die Hände der Medizinaldeputation, die endgültig entschied und die Sache nur dann an das Polizei-Departement abgab, wenn sie den Widerspruch der ansässigen Besitzer begründet fand. Später schrumpften Medizinaldeputation und Polizeidepartement in Reg.- u. Med.-Rat und Verwaltungsassessor zusammen und die Gewerbeordnung 27. Januar 1845 gab dem Oberpräsidenten das Recht, neue Konzessionen zu verleihen. Die Entscheidung, ob eine neue Apotheke zu errichten ist, hängt demnach jetzt ab von dem Gutachten und dem Einflusse zweier Medizinalbeamten, (1 Lokalinztanz und 1 Bezirksinstanz) und 8 Juristen (1 in der Lokalinstanz, 3 in der Bezirksinstanz und 3 im Oberpräsidium), von denen 4 entscheidende Stimmen haben.

Es ist nicht zu verlangen, daß die Verwaltungsbeamten bei der unendlichen Vielseitigkeit ihrer Aufgaben sich die Technik der Apothekengründungen aneignen oder von der Bedeutung einer Apotheke für die Medizinalverwaltung so tief durchdrungen sind, wie Medizinalbeamte; deshalb haben sie ja diese als Berater zur Seite. Aber die Tatsache, daß die Medizinalpolizei in den Augen der Mehrzahl der heutigen Verwaltungsbeamten zurücktritt hinter anderen Verwaltungsgeschäften, hat zur Folge, dass überall da die Neugründung von Apotheken verschoben wird, wo erhebliche Widerstände seitens der ansässigen Besitzer eingeschaltet werden, wo diese verstehen, Unruhe in der Presse zu erregen, Fürsprecher auf die Beine zu bringen oder das angerufene Mitleid der entscheidenden Personen in die Wagschale zu werfen. Je größer die Zahl der an der Entscheidung über die Neugründung beteiligten, medizinisch aber nicht interessierten Personen ist, um so größer sind die Chancen, daß Mitleid und sonstige Bedenken das Vertrauen zu den Berechnungen des medizinischen Beraters ins Wanken und das Projekt zu Fall oder zur Vertagung bringen.

Von den Medizinalbeamten kann man verlangen, dass sie über genügende Sachkenntnis verfügen. Dies ist aber leider nicht überall der Fall gewesen, und im Zeitalter der Bakteriologie heutzutage hat das neue Medizinalbeamtengeschlecht noch weniger Lust und Zeit gefunden, sich mit der Arzneiversorgung zu beschäftigen, als das alte. Viele Kreisärzte haben nur 1—4 Apotheken im Bezirk; sie meinen deshalb, die pharmazeutischen Sachen wären von untergeordneter Bedeutung, und verlernen gleichsam durch Mangel an Uebung, was sie vielleicht einst darüber sich eingeprägt haben. Tritt die Frage einer Neugründung an sie heran, so sind sie mitunter gerade so unkundig wie der Landrat, der wenigstens über die wirtschaftliche Lage der Besitzer orientiert ist. Dazu kommt die unglückselige Zwitterstellung der Kreisärzte. Sie sind auf die Praxis angewiesen und haben vielfach nicht Lust, sich pour l'omelette einer neuen Apotheke mit den ansässigen Besitzern zu überwerfen. Unter diesen Umständen muß es als doppelt bedauerlich empfunden werden,

daß weder das Ministerium, noch die Regierungen sich zu genauen Ausführungsbestimmungen des Ges. vom 24. Okt. 1811 verstanden haben.

So steht und fällt denn die ganze Apothekenvermehrung in einem Regierungs-Bezirke mit dem Eifer und der Sachkunde des Regierungs- und Medizinalrats. Ich habe 18 Jahre hindurch unentwegt an der Apothekenvermehrung gearbeitet und von den jetzigen Medizinal-Beamten wohl die größte Zahl von Neugründungen durchgesetzt, muß aber erklären, daß die Stellung eines Regierungs- und Medizinal-Rats doch nicht stark genug ist, um die ihm vom Ministerium gestellte Aufgabe zu lösen und für gehörige Vermehrung Sorge zu tragen. Nähere Ausführungen möge man mir erlassen.

Mitleid, zu große Bedenklichkeit, nicht genügende Sachkenntnis und Bequemlichkeit haben denn auch im Laufe der Jahre zu einer Gewohnheits-Interpretation des Gründungsgesetzes geführt, welche die Absicht des Gesetzgebers in das Gegenteil verkehrt.

Naturgemäß hinkt jede Neuanlage zumal unter langsam wachsender Bevölkerung hinter den Verkäufen her; denn diese kann man jederzeit tätigen, jene aber erst, wenn die Bevölkerungszunahme eine gewisse Höhe erreicht hat. Der letzte Käufer muß daher die Absatzgebiete hergeben, die seine Vorgänger schon verkauft haben; er verlangt nun, dass man so gerecht sei, die Bevölkerungszunahme vom letzten Verkauf und nicht von der Gründung der Apotheken zu datieren.

Mit jeder Zweimark-Preissteigerung beschlagnahmt ein Verkäufer 1 Konsumenten und da die Regierung auf die Preissteigerung Rücksicht nahm, so erweiterte sich das Absatzgebiet der verschuldeten Apotheken so, daß sie nur noch unter 10—12000 Seelen bestehen konnten. Es entstand die Sage, daß zur Lebensfähigkeit einer Apotheke mindestens 10000 Einwohner gehörten. Diese Anschauung ist unzutreffend, weil sie den Arzneiverbrauch nicht berücksichtigt, der in den einzelnen Landesteilen sehr verschieden ist. Auf dem Lande erzielt man bei 1,50 M. Konsum unter 10000 Bewohnern 15000 M. Umsatz und in der Stadt bei 5 M Konsum unter demselben Verbraucherkreise 50000 M., im Mittel wird man 30000 M. erzielen. Diese geben bei verschuldeten Apotheken 30000 M. —

$$25000\ (\underset{\text{Waren}}{10000} + \underset{\text{Varia}}{1000} + \underset{\text{Gehilfe}}{2000} + \underset{\text{Schuldenzinsen}}{\frac{5}{100}\ .\ 240000})$$

= 5000 M. Reingewinn, bei unverschuldeten aber 5000 + 12000 = 17000 M.

Daher bleibt bei den Erwägungen über Neugründungen auch regelmäßig die Steigerung der absoluten und relativen Kaufkraft, der Arzneikonsum außer Ansatz, obwohl dessen Steigerung allein schon Neuanlagen rechtfertigen kann.

Sehr belastet wurden die Projekte von Neuanlagen durch die irrige Interpretation des § 45 der Pr. Gew.-O. v. 27. Jan.

1845, wonach in der Konzession dem Oberpräsidenten das Grundstück angegeben werden muß, auf dem das Gewerbe betrieben werden soll. Man folgerte daraus für den Konzessionar die Verpflichtung, ein Haus kaufen zu müssen. Ich habe erst im Jahre 1901 im Reg.-Bez. Arnsberg mit diesem Irrtum aufgeräumt.

Was das Widerspruchsrecht der Besitzer anlangt, so besteht ein solches nur dann, wenn die Neuanlage in ihrem Wohnorte errichtet werden soll. Ist dies nicht der Fall, so brauchen die Besitzer überhaupt nicht gehört zu werden. Die Praxis verlangt indessen, daß alle umliegenden Besitzer aufgefordert werden, ihre Einsprüche geltend zu machen.

Nach dem Gesetz haben die Besitzer ihre Widersprüche zu begründen, also ihre Bücher vorzulegen; die Besitzer aber verschieben die Beweislast, indem sie von dem Regierungs- und Medizinal-Rat unter Geheimhaltung ihrer Bücher verlangen, daß er den Beweis erbringe, daß die Neuanlage ihr Geschäft nicht ruiniere.

Die Einsprüche der ansässigen Besitzer beginnen in der Regel mit Erörterung der Bedürfnisfrage; günstige Eisen- und Kleinbahnen, neue Feldwege, Fahrräder, Rezeptkästen machten die Neuanlage überflüssig. Demgegenüber ist zu bemerken, daß es nicht Sache der Besitzer ist, diese Frage zu diskutieren, und daß der Begriff Bedürfnis im Gesetz selbst seine Definition dahin gefunden hat, daß darunter das Produkt aus Vermehrung der Bevölkerung und ihrer Kaufkraft verstanden werden soll.

Im Interesse der Besitzer führte man noch eine neue Voraussetzung der Apothekenvermehrung ein, die der Lebensfähigkeit der bestehenden Apotheken und, als diese angenommen war, interpretierte man den neuen Begriff auch noch ausdehnend, indem man nicht nur verlangte, daß bei Neuanlagen auf alle Schuldenzinsen des Ankaufspreises Rücksicht genommen würde, sondern auch auf alle persönlichen Schulden und Liebhabereien des Besitzers. Diesen Interpretationen und Definitionen leistete der Mangel einer Bestimmung über die Höhe des einem Apotheker in Stadt und Land zukommenden Reingewinns Vorschub. Man wußte auch nicht, ob man auf alle Schuldenzinsen Rücksicht nehmen solle oder ob man die des letzten Verkaufs ausschließen solle und ließ die letzteren schliesslich nur dann außer Ansatz, wenn der Verkäufer von dem Projekt der Neuanlage gewußt hatte oder davon hätte wissen müssen.

Im Gesetz ist die Entscheidung des Medizinaldepartements endgültig; die Polizei bekam die Sache nur, wenn der Widerspruch der Apotheker begründet war. Jetzt durchläuft fast jedes Projekt alle Instanzen.

Um das Maß der Hemmungen voll zu machen, hört man in einigen Provinzen auch noch die Apothekerkammern. Pistor (cf. Entwurf eines Reichs-Apothekengesetzes; Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesund-

heitspflege, Bd. 39, 1907, S. 739) sagt sehr richtig, daß „eine Standesvertretung wohl kaum jemals anders als im eigenen Interesse und ohne Rücksicht auf das Gemeinwohl und auf die Zukunft des Standes sich aussprechen wird. Dies gilt für die Apotheker ebenso wie für andere Berufsklassen und hat in der jüngsten Zeit einen nur zu klaren und für die Bevölkerung recht fühlbaren Ausdruck in der Agitation der Agrarier gefunden. Der Staat soll solchen Interessen wohl Rechnung tragen, aber nur insoweit, als dadurch nicht das Gemeinwohl leidet. Ueber diese Grenze ist es meines Erachtens Pflicht, derartige Bestrebungen zu bekämpfen und unter Umständen zu unterdrücken." Gleichwohl bezeichnet er die Anhörung der Apothekerkammern (S. 731 a. a. O.) in demselben Atem als „berechtigtes Verlangen". Ich aber sage: „Wenn man ein Projekt zu Fall bringen will, dann lege man es den Apothekerkammern vor." Meines Erachtens ist es gar nicht Aufgabe der Kammern, sich an der Verwaltung zu beteiligen; sie haben genug zu tun mit der Legislative.

So ist mit der Zeit aus einem Gesetz wegen Anlegung neuer Apotheken ein Gesetz zur Erschwerung von Neuanlagen durch falsche Interpretation und Handhabung geworden, von dem für die Zukunft nicht mehr zu erwarten ist, als es in der Vergangenheit geleistet hat.

Ich hatte gehofft, daß der neue Reichsgesetzentwurf eine gründliche Reform dieser schreienden Mißstände bringen würde; allein es scheint, daß seine Verfasser noch nicht viel Apotheken gegründet haben, denn der Entwurf kodifiziert auch die für die Besitzer günstige Handhabung. Er lautet:

„§ 8. Soll die Erlaubnis zum Betriebe einer neuen Apotheke erteilt werden, so hat vor der Ausschreibung eine Beschlußfassung darüber stattzufinden, ob 1. ein örtliches Bedürfnis für den Betrieb einer solchen vorhanden ist, 2. ihre Lebensfähigkeit gesichert erscheint und 3. die Bestandsfähigkeit der in ihrer Nachbarschaft vorhandenen Apotheken nicht gefährdet wird. Vor der Beschlußfassung sind der örtliche Medizinalbeamte, die Gemeindebehörde, sowie die Standesvertretung der Apotheker, in Ermangelung einer solchen andere Sachverständige aus dem Apothekerstande gutachtlich zu hören."

In der Begründung heißt es hierzu:

„Die Erteilung der Erlaubnis zum Betriebe einer neuen Apotheke wird von der Voraussetzung abhängig gemacht, daß für deren Betrieb ein örtliches Bedürfnis, im weitesten Sinne des Wortes, festgestellt worden ist. Wenn bei Prüfung des Bedürfnisses auch die Bestandsfähigkeit der in der Nachbarschaft vorhandenen Apotheken gebührend in Rücksicht gezogen werden soll, so wird darunter allerdings nur zu verstehen sein, daß die Bestandsfähigkeit der Apotheken an und für sich, ohne Rücksicht auf etwa damit verbundene Nebengewerbe, gesichert bleiben muß: darauf, daß gegebenenfalls Apotheken zu übertrieben hohen Preisen angekauft worden sind und daß deren Betrieb aus sonstigen Gründen sich als überaus kostspielig erweist, ist Rücksicht nicht zu nehmen.

Den Interessen des Apothekerstandes wird in angemessener Weise durch die Bestimmung Rechnung getragen, daß vor der Beschlußfassung über die Erteilung einer neuen Konzession Vertretern dieses Standes Gelegenheit zur gutachtlichen Aeußerung zu geben ist. Dabei werden unter „Standesvertretung der Apotheker" nur amtlich anerkannte Vertretungen, nicht dagegen anderweite Vereinigungen von Apotheken zu verstehen sein."

Danach würde man die Folgezustände einer Erhöhung des

Arzneikonsums für die Privilegien nicht durch Neuanlagen verhindern können, denn diese Erhöhung verändert ja das lokale Bedürfnis nicht. Auch im übrigen ist der Entwurf offensichtlich für die Konzessionsanwärter noch ungünstiger als das zu ihrem Ungunsten interpretierte Gesetz des Jahres 1811. Medizinalbeamte, Konsumenten und Konzessionsanwärter müßten ihn gleichmäßig ablehnen. Es ist mir bekannt, daß das Gesetz in den 1866 erworbenen Landesteilen nicht eingeführt ist[1]); ich darf aber die außerpreußischen Gesetze übergehen, da sie niemand mehr handhabt.

Soll mit der regulären Apothekenvermehrung Ernst gemacht werden, so muß man sie in die Hände eines unabhängigen Richters legen, diesem bindende Vorschriften geben und den Medizinalbeamten technische Ausführungsbestimmungen.

Das Landesgesetz, das sich auf die Errichtung neuer und Verlegung bestehender Apotheken zu beschränken hätte (das Erbrecht der Witwe, das Recht der Stellvertretung sind ja reichsgesetzlich geregelt), könnte folgende Fassung erhalten:

> Außer der nach § 29 der Reichs-Gew.-O. erforderlichen Approbation bedürfen Apotheker eines Privilegiums oder einer Konzession, in der das Grundstück angegeben sein muß, auf dem das Gewerbe betrieben werden soll.
>
> Wenn im Absatzgebiete einer oder mehrerer Apotheken seit deren Neugründung der Arzneiverbrauch oder die Bevölkerung oder beides zugleich dermaßen zugenommen haben, daß neue Apotheken neben den alten bestehen können, so ist die Genehmigung zur Errichtung und zum Betriebe neuer Apotheken zu beschließen.
>
> Bei Abschätzung der Betriebsfähigkeit der alten Apotheken nach Errichtung der neuen ist auf diejenigen Schuldenzinsen von Idealwerten der Privilegien, Konzessionen, Mobilien oder Immobilien keine Rücksicht zu nehmen, die nach dem . . . . 19 . . entstanden sind und auf die Preise von Immobilien überhaupt nur insoweit, als sie zum Apothekenbetriebe notwendig sind.
>
> Ueber die Erteilung neuer Genehmigungen zur Errichtung von Apotheken beschließt endgiltig der Bezirksausschuß auf Antrag des zuständigen Kreisarztes, eines im Bezirke ansässigen Konessionsanwärters oder des zuständigen Landrates nach Vernehmung derjenigen Apotheken-

---

[1]) Eine Einführung des Gesetzes von 1811 hat allerdings nicht stattgefunden, wohl aber eine solche der in den älteren Provinzen gültigen Vorschriften über die Behandlung der persönlichen Apothekenkonzessionen (durch allgemeine, auf Grund der Königl. Verordnung vom 13. Mai 1867 erlassene Verfügungen des Min. der usw. Medizinalangelegenheiten). Red.

besitzer, die durch die Neuanlage geschädigt werden können.

Ueber die Besetzung der an den Staat zurückgefallenen Apotheken oder die Verleihung der vom Bezirksausschuß beschlossenen Genehmigungen und das Grundstück, auf dem das Gewerbe ausgeübt werden soll, entscheidet der Minister des Innern.

Die erwähnte technische Anweisung könnte sich höchst einfach gestalten:

Kreisarzt und Regierungs- u. Medizinalrat müßten über jede Apotheke zunächst Uebersichtskarten etwa nach folgendem Muster führen und darauf alljährlich die Veränderungen notieren.

Kreis . . . .

Voll- / Zweig- Apotheke zu . . . . Grundstück . . . . Verkäuflich { Priv. Realkonzesssion / Unverkäuflich / Noch nicht verkauft.

Besitzer: (Name und Datum der Konzessionserteilung bezw. Verlängerung.)											
Gründungsdatum: . . .											
Verkaufspreise (E = Erbgang, V = Verkauf, H = Heirat)											
im Jahre											
für Mobilien . . . . für Immobilien . . . . . für die Konzession . . .											
zusammen											
	1914	1915	1916	1917	1918	1919	19	19	19	19	19
Kundenzahl laut Verbraucherbogen:											
Einnahme aus Mieten. . . . . aus Kassen											
Schulden und Zinsen (nach den Steuerlisten)											
Umsatzschätzung (B = buchm. Nachweis.)											
Approbierte Gehilfen:											
Nicht approbierte Gehilfen:											
Lehrlinge:											

Für die Anträge auf Errichtung neuer Apotheken käme vielleicht folgende Anleitung in Betracht, die ich s. Z. mit den Arnsberger Kollegen verabredet habe.

Anleitung zur Begutachtung der Anträge auf Errichtung neuer Arzneiversorgungsstellen.

Dem Antrage auf Errichtung neuer Arzneiversorgungsstellen ist die Beweisführung zu Grunde zu legen, daß die Neuanlage lebensfähig sein wird und daß die konkurrierenden Apotheken existenzfähig bleiben werden.

Die Lebensfähigkeit einer neuen Arzneiversorgungsstelle läßt sich nur durch Schätzung der zu erwartenden Einnahmen und Ausgaben beurteilen. Die Einnahmen sind zu berechnen durch Multiplikation des durchschnittlichen jährlichen Arzneiverbrauchs mit der Zahl der Kunden. Der erstere schwankt zwischen 1,50 M. in rein ländlichen Bezirken, bis 3 M. in den Städten und ist durch Division der Umsatzsummen sämtlicher Apotheken im Kreise durch die Zahl der Arzneiverbraucher für den Kreis in den Umsatzbogen (Anlage 1) für jedes Jahr besonders zu berechnen. Die Kundenzahl muß in jedem Falle berechnet werden und wird vom Landrate, Oberbürgermeister, Ersten Bürgermeister dem Kreisarzt zugestellt. Die Ausgaben bestehen in der Verzinsung der Kosten für die Einrichtung (Schränke, Tische, Gerätschaften, Behälter), der Miete, dem Warenkonto, den Kosten für Heizung, Beleuchtung und Reinigung der Geschäftsräume und dem Gehalt. Das Warenkonto ist auf dem Lande im Durchschnitt auf 33 % des Umsatzes, in den Städten etwas höher anzunehmen. Es berechnet sich somit der Reingewinn R nach folgender Formel: R = U (Umsatz) — A (Ausgaben); da nun $A = \frac{5}{100} e + g + m + \frac{x}{100} U + h$ (e = Einrichtung, g = Gehälter, h = Heizung, Beleuchtung, Reinigung, $\frac{x}{100} U$ = Prozentsatz des Warenkontos, x = 30 bis 40, m = Miete), so ist $R = U \left(\frac{100 - X}{100}\right) - \underbrace{\left(\frac{5}{100} e + g + m + h\right)}_{\text{Geschäftsunkosten} = K}$ oder $R = \frac{U\,(100 - X)}{100} - K$ oder, da U = a (Arzneikonsum) $\times$ c (Konsumentenzahl) ist, $R = \frac{a.\,c.\,(100 - X)}{100} - K$; X bezeichnet hierbei den Prozentsatz des Warenkontos.

Bei Berechnung der einem Apotheker durch eine Neuanlage entstehenden Ausfälle und des ihm verbleibenden Reingewinns ist ähnlich zu verfahren.

Aus den Konsumentenbogen ist ersichtlich, wie viel Konsumenten ein Besitzer hat und wie viel ihm entzogen werden. Die Multiplikation der Verlustziffer mit a (Arzneikonsum) ergibt seinen Verlust an Umsatz, den man aus den Verkaufspreisen ersieht, wenn man diese durch 7, 5 oder 8 dividiert und den ev. jährlichen Zuwachs berücksichtigt, oder den man aus der Multiplikation des Arzneikonsums und der Konsumentenzahl schätzen kann. In Zweifelsfällen muß man Vorlage der Bücher verlangen. Genau ziffernmäßig kann der Umsatz bei den ansässigen Kassen festgestellt werden, deren Arzneikonsum pro Mitglied und Jahr auch feststeht.

Der Arzneiverbrauch läßt sich niemals einwandsfrei für eine einzelne Apotheke durch Division ihres Umsatzes mit der Verbraucherzahl ermitteln, weil letztere nach rein räumlichen Gesichtspunkten ermittelt und deshalb für die einzelne Apotheke unsicher ist. Für die Verluste, welche die alten Apotheken erleiden, ist daher der an der Zentralstelle zu berechnende Arzneikonsum des ganzen Kreises zu Grunde zu legen, der durch Division der Summe aller Umsätze der Apotheken des Kreises durch die Zahl der Einwohner sich ergibt.

Es ist alsdann zu berechnen, welcher Reingewinn dem Besitzer nach Abzug des Verlustes an Umsatz verbleiben würde. Zu den oben spezifizierten Ausgaben kommen hinzu die Zinsen des Ankaufspreises, vermindert um den Warenpreis, der unter Warenkonto als laufende Ausgaben bereits berücksichtigt wird. Das Haus ist mit 6 % zu verzinsen, die Einrichtung mit $4\frac{1}{2}$ %. Beträgt also der Preis für Immobilien einer Apotheke 40000 Mark und ist der dem Verkaufspreise zu Grunde liegende Umsatz auf 50000 Mark zu schätzen, so sind als Zinsen für den Wert der Immobilien nur $\left(40000 - \frac{X}{100}\,50000\right) \frac{4{,}5}{100}$ einzustellen. Bei Beurteilung der Lebensfähigkeit der Apotheken ist zu berücksichtigen, daß der Besitzer außer dem so geschätzten Reingewinn noch freie Privatwohnung hat.

Eine Beweisführung über die Lebensfähigkeit der von der Neuanlage bedrohten alten Apotheken erübrigt, wenn zu erwarten steht, daß in ihnen der Umsatz nicht unter die Höhe des Umsatzes herabgedrückt wird, der beim Ankaufe zu Grunde gelegt ist. Dieser Umsatz wird durch Division des Verkaufspreises mit 7 oder 8 ermittelt.

Das folgende Muster für die Berichterstattung ist so zu verstehen, daß sämtlichen Berechnungen nur der Wert von Schätzungen innewohnt und daß deshalb besondere Verhältnisse der Apotheker am Schlusse des Berichtes ausführlich zu erörtern sein würden.[1])

Berichterstattung betreffend Einrichtung einer Arzneiversorgungsstelle.

Für eine in der Gemeinde . . . . . . des . . . . kreises . . . . zu errichtende Arzneiversorgungsstelle kommen nach den anliegenden Konsumentenbogen in Betracht zus. . . . . . . Kunden.

Da der Arzneikonsum auf M. . . . . pro Kopf und Jahr zu schätzen ist, wird im Jahre ein Umsatz von

M. . . . . .

zu erwarten sein.

Der Voranschlag der hier abzuschätzenden Ausgaben stellt sich wie folgt:

Nach der Auskunft der Ortspolizei beträgt der Mietzins für die Geschäftsräume (Offizin, Geschäftszimmer, Materialkammer, Laboratorium, Stoßkammer und Keller) . . . . M. . . . . .

Der Mietpreis der Privatwohnung . . . . „ . . . . .

Zus. M. . . . .

Das Warenkonto wird sich auf . . . % beziffern, mithin . . M. . . . . . erfordern.

Das Konto der Gehälter wird . . . . M. . . . . . betragen.

Für Heizung und Beleuchtung und Reinigung der Geschäftsräume würden . . . . „ . . . . . einzustellen sein.

Mithin sind die Ausgaben zu schätzen auf . . . . . . „ . . . . .

Und der Reingewinn auf . . . . „ . . . . nebst freier Wohnung.

Der Besitzer wird nach Lage der Ortsverhältnisse gezwungen sein, ein Haus zu bauen, dadurch erhöht sich der Mietspreis 6 % des Anlagekapitals auf . . . . „ . . . . .
die Ausgaben auf . . . . „ . . . . .
und der Reingewinn sinkt auf . . . . „ . . . . .

Damit ist eine Vollapotheke lebensfähig — nicht lebensfähig, weil . . . .

Zu bemerken ist . . . .

Von der Errichtung einer Arzneiversorgungsstelle in . . . . werden in dem aus den anliegenden Konsumentenbogen Anl. 1b ersichtlichen Umfange betroffen:

1. Die Voll(Filial)Apotheke . . . in . . . verliert . . . Konsumenten = ca. M. . . . . Umsatzverlust.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Der zu 1 genannte Apotheker . . . . in . . . . besitzt die am . . . . errichtete Apotheke . . . . seit dem . . . . und hat sie gekauft.

---

[1]) Vergl. auch Springfeld: Die Apothekenvermehrung in Preußen. Verlag von Jul. Springer, Berlin.

Er hat bezahlt für:
das Grundstück . . . . M. . . . . .
die Mobilien . . . . „ . . . . . .
die Konzession . . . . „ . . . . . .
Sa. M. . . . . .

Sein Umsatz wird nach dem anliegenden Umsatzbogen auf M. . . . . . . geschätzt. Er hat also, abgesehen von den mit $^{5}/_{100}$ ($^{35}/_{100}$ U) in Abzug gebrachten Waren und den M. . . . . . Mieten, die er aus den Grundstücken vereinnahmt, pro Jahr M. . . . . . zu verzinsen.

Er gibt aus für Gehalt . . . . M. . . . . .
Gehilfen . . . . „ . . . . . .
für Waren $\frac{33-40}{100}$ U. . . . . „ . . . . . .
für Heizung, Beleuchtung und Reinigung des Geschäfts . . . . „ . . . . . .
Zusammen also M. . . . . .

Er erzielt somit einen hier zu berücksichtigenden Reingewinn von M. . . . . .

Bei dem Verlust von . . . . . Konsumenten und dem oben angenommenen Arzneikonsum würde sich sein Umsatz auf M. . . . . . verringern und sein Reingewinn auf M. . . . . . neben freier Wohnung sinken.

Damit bleibt seine Apotheke lebensfähig — nicht lebensfähig —, weil . . . .

Zu bemerken ist außerdem . . . .

Kundenbogen für eine Neuanlage in . . . . . .

1.	2.	3.	4.	5.		
				Von den Kunden sind		
Für eine in der Nähe . . . . in . . . . zu errichtende Apotheke kommen in Betracht aus der Gemeinde, aus der Straße	Einwohner Zahl	Entfernung von der Neuanlage km	Entfernung bis zur bisherigen Versorgungsstelle . . . . *) km	Kassenmitglieder im Alter von Jahren	Nichtkassenmitglieder im Alter von Jahren	Zusammen

*) Hausapotheke, Zweig- oder Vollapotheke.

6 **) Es werden somit entzogen:				Bemerkungen
der Apotheke . . . . in	der Apotheke . . . . in	der Apotheke . . . . in	der Apotheke . . . . in	

**) Nur auszufüllen bei der Neuanlage.

1. In Spalte 1 sind die Namen der der Neuanlage zufallenden Ortschaften, Straßen, Häuser anzugeben.
2. Spalte 2 muß die Einwohnerzahl, die der Neuanlage zufällt, enthalten.

3. In Spalte 3 ist die Entfernung der Ortschaften etc. von der Neuanlage anzugeben.

4 Die Summe sowohl der Spalten 5 wie der Spalten 6 muß die Zahl der Spalte 2 ergeben.

5. Bei den Berechnungen der Spalte 6 sind nur die räumlichen Entfernungen zugrunde zu legen.

6. In Spalte „Bemerkungen" ist anzugeben, ob statt der räumlich näher gelegenen Arzneiversorgungsstellen eine andere besucht wird und aus welchen Gründen.

7. Außerhalb des Kreises liegende Kunden sind durch Benehmen mit den Nachbarbehörden zu ermitteln.

Kundenbogen für bestehende Apotheken.

Voll-/Zweig- Apotheke in
Besitzer:
Gegründet:
Verkaufspreise:

Datum des Verkaufs	Name des Käufers	Preis für Mobilien	Preis für Immobilien	Preis für die Konzession	Summa
	Umsatz:				

1.	2.	3.	4.		
Zur *) .... Apotheke in .... gehören aus der Gemeinde, der Straße	Einwohner	Entfernung von der Apotheke	Von den Kunden sind: Kassenmitglieder	Nichtkassenmitglieder	Zusammen
	Zahl	km			

*) Hausapotheke, Zweig- oder Vollapotheke.

II. Zur Ausfüllung der Kundenbogen für bestehende Arzneiversorgungsstellen (Bogen B).

1. In Spalte 1 sind die Namen der der Apotheke zufallenden Ortschaften, Straßen, Häuser anzugeben.

2. Spalte 2 muß die Zahl der Einwohner, die zur Apotheke gehören, enthalten.

3. In Spalte 3 ist die ungefähre Entfernung der Ortschaften, Häuser von der Apotheke anzugeben.

4. Die Summe der Spalten 4 muß die Zahl der Spalte 2 ergeben.

Bis zum Erlasse eines Apothekengesetzes ist der Weg noch weit und es dürfte deshalb angesichts der steigenden Notlage, in der sich die Konzessionsanwärter befinden, wohl wert sein, zu erwägen, wie weit sich durch Anweisungen des Ministers an die Regierungen im obigen Sinne die Apothekenvermehrung in geregelte Bahnen leiten läßt.

(Schluß folgt.)

Die innere Untersuchung seitens der Hebammen.

Von Kreisarzt Dr. **Karl Dohrn** in Hannover.

Die erschütternde Tragik des Todes der Mutter im Wochenbett läßt immer wieder den Gedanken lebendig werden: Was können wir tun, um die Sterblichkeit an Kindbettfieber herabzusetzen

Tatsache ist es leider, daß wir in der Bekämpfung des Kindbettfiebers bisher recht wenig erreicht haben. Das geht besonders aus den eingehenden Ausführungen, die Krohne[1]) seiner Zeit auf der Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamten-Vereins in Hannover machte, unzweideutig hervor.

Fast alle Autoren, welche die Frage der Ursachen des Kindbettfiebers an statistischem Material bearbeitet haben, sind sich auch darüber einig, man müsse mit der alten Ansicht, daß die Hebammen vorwiegend Schuld an der Sterblichkeit im Wochenbett sind, unter allen Umständen brechen. Gruber[2]) brachte diese irrige Ansicht noch 1903 in folgendem Satz zum scharfen Ausdruck: „Wenn heute noch tausende von jungen Frauen an Wochenbettfieber zu Grunde gehen, so liegt das lediglich an der Mangelhaftigkeit unserer Hebammen!“

Im Gegenteil! Viel häufiger sind es ärztliche Eingriffe, die als Ursache des Kindbettfiebers anzusehen sind. Hierbei ist allerdings sowohl zu bedenken, daß ärztliche Eingriffe meist nur in den komplizierten Fällen vorgenommen werden, anderseits aber auch, daß der Arzt, insbesondere der Landarzt, der tagtäglich mit ansteckenden Krankheiten und eitrigem Material in Berührung kommt, sehr viel gefährlicher ist als die Hebamme. Schließlich muß man aber auch nicht verkennen, daß der prakt. Arzt oft recht geneigt ist, Eingriffe zu machen (Luxuszange), die doch für die Entstehung des Kindbettfiebers nicht so harmlos sind, als er schlechthin annimmt.

Inwieweit man den Löwenanteil, den die ärztlichen Eingriffe an der Entstehung von Kindbettfieber haben, noch reduzieren kann, soll hier nicht erörtert werden. Es handelt sich lediglich um die Frage, wie kann man den kleineren Anteil, der auf das Konto der Hebammen fällt, noch verringern?

Seitens der Hebamme kommen die zu häufige innere Untersuchung und die falsche Nachgeburtsbehandlung am häufigsten als Ursache des Kindbettfiebers in Frage. Der Annahme Litterskis[3]), daß der Unfug des Zuvieluntersuchens nicht mehr besteht, kann ich durchaus nicht beipflichten.

Warum untersuchen die Hebammen trotz der Vorschriften des Lehrbuches so oft? Ich habe immer und immer wieder die Beobachtung machen müssen, daß selbst recht tüchtige Hebammen in ganz klar liegenden Fällen es nicht unterlassen können, mehrfach — d. h. mindestens 3—4mal, schlechtere

---

[1]) Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1905, Versammlungsbericht, S. 10.
[2]) Gruber: Münchener med. Wochenschrift, 1903, S. 1783.
[3]) Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1912, Nr. 13.

Hebammen 10—20mal — innerlich zu untersuchen. Trotz Vorträgen, Belehrungen, Drohungen habe ich es an einem relativ guten Material von Hebammen nicht anders erreichen können. Leider ist auch der Grund der häufigen Untersuchung oft nicht etwa das Bestreben, sich ein klares Bild über die Kindeslage und die Notwendigkeit ärztlicher Hilfe zu machen, sondern vielfach nur der Wunsch, das voraussichtliche Ende der Geburt festzustellen. Fernerhin ist aber auch trotz besserer innerer Ueberzeugung eine gewisse Willfährigkeit den Wünschen des Publikums gegenüber daran Schuld, weil nämlich die Frauen eine häufige Untersuchung verlangen, teils um zu wissen, wann sie von ihren Schmerzen erlöst sind, teils weil sie es nicht mögen, wenn nichts mit ihnen geschieht. Der Hebamme wird sogar oft mit Entziehung der „Kundschaft" gedroht. Wie anders würde gerade in diesen Fällen die Hebamme dastehen, wenn sie sich darauf berufen kann, die innere Untersuchung ist mir verboten.

Nun sagt Ahlfeld[1]), die innere Untersuchung der Hebamme ist ungefährlich, wenn die Hebamme sich gehörig desinfiziert. Man sehe sich gerade jetzt zur Sommerszeit oder später in der Kartoffelernte die Hände unserer Hebammen an. Es ist ausgeschlossen, daß selbst die vorzügliche Ahlfeldsche Methode der Händedesinfektion in den tiefen Rissen und Furchen der schwieligen Hände auch nur eine annähernde Keimfreiheit erreicht. Hier fehlen eben alle Voraussetzungen, die Ahlfeld selbst als Vorbedingung für seine Methode verlangt.

Man wird sich auch bei dieser Betrachtung ohne weiteres sagen, daß die Hebamme mit einer so ausgearbeiteten, schwieligen, ungelenken Hand sicher nur wenig Erfolg von der inneren Untersuchung haben kann, zumal wenn sie bei einer Zahl von 10—20 Entbindungen nur selten Gelegenheit hat, das Gefühl zu üben. Vielmehr wird die derbe Hand bei energischen Untersuchungen leicht Verletzungen in der lockeren Schleimhaut setzen und somit direkt eine Quelle der Gefahr sein.

Wie gering ist der Nutzen dieser Untersuchung! Wie selten wird der Kreisarzt beim Examinieren einer Hebamme den Eindruck gewinnen, daß sie sich auf Grund der inneren Untersuchung ein klares Bild über die Lage gemacht hat.

Der Schaden, den die innere Untersuchung der Hebamme im allgemeinen stiftet, ist sicher größer als der Nutzen. Darum gehe das Hebammenlehrbuch, das so wie so schon bis zur äußersten Grenze in dieser Frage geht, ruhig den kleinen Schritt weiter und verbiete die innere Untersuchung im allgemeinen ganz, und lasse sie nur in einigen bestimmten Fällen zu.

Es soll keineswegs damit gesagt sein, daß die Hebammen etwa nicht mehr in der inneren Untersuchung ausgebildet werden sollen. In den Lehranstalten, unter den Augen Sachkundiger, wird man erwarten müssen, daß die Desinfektion der Hände tatsächlich so erfolgt, daß keine Uebertragung zustande

[1]) Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1912, Nr. 13.

kommt, ferner auch, daß die Untersuchung schonend und mit wirklichem Nutzen vorgenommen wird.

Schließlich noch der Einwand, daß der Hebammenstand durch das Verbot der inneren Untersuchung „degradiert“ wird. Dieser Einwand wurde mir unter lebhaftem Protest gemacht, als ich in einem Vortrag auf dem internationalen Hebammenkongreß in Dresden 1911 die Notwendigkeit des Verbotes der inneren Untersuchung betonte und damit auch den Anlaß zur neuen Erörterung dieser Frage gab. Es überraschte, dieser Auffassung seitens der Hebammen zu begegnen. Noch mehr aber wundert es, sie von Ahlfeld[1]), einem früheren Hebammenlehrer, zu hören.

Erstens soll ja garnicht die innere Untersuchung ausnahmslos verboten werden. Zweitens werden doch wohl an die Willensstärke und den Charakter der Hebamme größere Ansprüche gestellt, wenn sie den Bitten und Flehen der Mutter und der Angehörigen gegenüber den Standpunkt vertreten soll: ich darf jetzt nicht innerlich untersuchen, weil es nicht nötig und unter Umständen schädlich ist, als wenn es ihr, wie unter den jetzigen Verhältnissen, doch mehr oder minder überlassen bleibt, nach Gutdünken die Wünsche der Angehörigen zu erfüllen und mit jeder inneren Untersuchung die Gefahr einer Infektion zu vergrößern. Auch hier gilt das Wort: In der Beschränkung zeigt sich der Meister!

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Wasserversorgung.

Wasser und Krankheit. Von A. C. Houston, M. B., D. sc., F. R. S Ed., Director of water examination to the metropolitan water board London The journal of state medicine; XX, Nr. 1, Januar 1912, S. 6—21 und Nr. 2 Februar, S. 92—99.

Filtriertes Wasser ist dann als verhältnismäßig ungefährlich zu erachten, wenn auch das unfiltrierte Wasser relativ unschädlich ist; dies ist wesentlicher, als die Vervollkommnung des Filtrationsprozesses. Verläßt man sich allein auf die Sandfiltration, so geschieht dies nur daher, weil unfiltriertes Wasser nie so schlecht ist, als daß es nach Elimination von 98—99 % der Gesamtzahl der Bakterien noch gefährlich sein könnte. Flußwasser sollte stets vor der Filtration gestaut werden, um nicht plötzliche, zufällige spezifische Verunreinigungen zu erleiden. Verunreinigungen der Filterwerke oder der Leitung sind zu verhüten, um Typhusepidemien vorzubeugen. Auch von der endemischen Typhusverbreitung dürfen wir nicht behaupten, daß jede Beziehung zu der Wasserleitung fehlt. Wäre aber der Zusammenhang regelmäßig, eindeutig und wesentlich, so müßte eine Beziehung bestehen zwischen dem gehäuften Auftreten in einer Jahreszeit und den Perioden ärgster Wasserverunreinigung. In London hinken diese Perioden, die nach der Koliprobe beurteilt werden, den Zeiten des maximalen Typhusauftretens sinnfällig nach. Die meisten Typhusanzeigen kommen im Oktober, die schlimmste Wasserperiode aber fällt auf die Monate November bis Februar. — Abgesehen von der bakteriziden Wirkung der Sonnenstrahlen spielt die Temperatur eine wesentliche Rolle bei der Vitalität des Typhusbacillus im Flußwasser. Bei Temperaturen von 50° F. oder darüber

---

[1]) l. c.

stirbt er rascher ab, als bei niederen Temperaturen. Die wärmeren Monate gehen aber den Perioden stärkster Typhusverbreitung voraus. — In der Zukunft werden wir voraussichtlich bei gestautem Wasser die Filtrationsprozesse nicht weiter zu vervollkommnen, die schlechten Qualitäten unfiltrierten Wassers als konstante Gefahr weniger zu fürchten brauchen, als bisher, und nur plötzliche, unvermutete Störungen bei, während und nach der Filtration zu vermeiden suchen müssen.

Stimmen nun die Kurven der Bakterienzahl in der Themse, der Strömung des Flusses, der Zahl kolihaltiger filtrierter Wasserproben einerseits und die Londoner Typhuskurve anderseits nicht überein, so ist nur noch die Frage offen, ob die bakteriologischen Proben für den Grad der Verunreinigung bloße Indikatoren sind und zu der wirklichen, spezifischen infektiösen Eigenschaft des Wassers keine notwendige Beziehung haben. Nun stimmen aber mit den bakteriologischen auch die chemischen und physikalischen Reaktionen des Wassers gut überein. Das Wasser in den Monaten nach dem stärksten Auftreten des Typhus in London ist dann tatsächlich schlechter, als im Oktober. Daraus ergibt sich, daß das Wasser für die endemische Verbreitung des Typhus besonders in London keinen konstanten, direkten oder wesentlichen Faktor darstellt. Allerdings ist die Themse etwas Besonderes, insofern als während der Sommermonate die Abwässer aus mancherlei Gründen sehr abnehmen, während die Strömung der Flußwässer aus Sand, Kalk und unterirdischen Zuflüssen aufrecht erhalten wird.

Die Bedeutung unreinen Wassers für epidemische Krankheiten will der Verfasser nicht unterschätzen.

Die wertvolle Arbeit gibt eine Reihe von Kurven und Tabellen, die das Studium der Darlegungen Houstons erleichtern. Dr. Mayer-Simmern.

Die bakteriologische Wasseruntersuchung mit Hilfe des Armee-Berkefeldfilters. Von Oberarzt Dr. Erich Hesse. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1912, Heft 7.

Hesse läßt das zu untersuchende Wasser durch ein Berkefeldfilter mit extra engporiger Kerze gehen; dem Wasser wird fein verteilter, geschlämmter Kieselguhr zugesetzt, dessen Partikelchen sich mit den Bakterien auf der Kerzenoberfläche niederschlagen. So entsteht eine dünne Haut, die durch rückläufige Spülung leicht abgehoben werden kann und auf Drigalskiagar zu verarbeiten ist. Es konnten mindestens 71, im Durchschnitt 88—93% der eingesäten Keime auf diese Weise wieder gefunden werden. Die Reinigung der Kerzen ist einfach (Abbürsten der Oberfläche mit einer guten Bürste unter Wasser), die Haltbarkeit der Kerzen wird durch die rückläufige Spülung bei Kieselguhrzusatz nicht gemindert. Vor dem Gebrauch wird die Kerze durch Durchpumpen von siedend heißem Wasser keimfrei gemacht; das Kieselguhr kann auch diesem Wasser bereits zugesetzt werden.

Eine dem Bakteriennachweise dienende Apparatur ist von der Berkefeldfiltergesellschaft zusammengestellt. Die Verarbeitung einer Wasserprobe von 500 ccm kann nach Hesse einschließlich der Vorarbeiten (Sterilisation usw.) bequem in 15 Minuten beendet sein. Das Verfahren kommt daher nicht bloß für militärische, sondern auch für andere Wasseruntersuchungen in Betracht; vielleicht gelingt es, mit ihm leichter, Krankheitserreger, insbesondere Typhus- oder Cholerakeime, schnell im Wasser aufzufinden.

Dr. Bernstein-Allenstein.

---

2. Hygiene der Nahrungs- und Genussmittel.

Ueber den Marktverkehr mit eßbaren Pilzen. Von Dr. Rud. Jaksch, k. k. Polizei-Oberbezirksarzt in Wien. Der Amtsarzt; 1912, Nr. 1 und 2.

Ein Gutachten des Obersten Sanitätsrates (vrgl. Oesterreichisches Sanitätswesen, 1903, Nr. 36, Beilage) erkennt als marktfähig nur 12 Pilzarten an, weil nur diese allgemein als eßbar bekannt und für jedermann erkennbar seien; der Codex alimentarius (I. Bd. 1911) hingegen benennt 50 eßbare Arten. Verfasser will sämtliche, also auch die weniger bekannten eßbaren Pilzarten zulassen, wenn vor Verkauf oder Verarbeitung eine obligatorische Beschau aller Pilze erfolgt und attestiert wird. Die Betriebe für Herstellung von getrockneten Pilzen und Pilzsaucen hätten eigene Sachverständige zu halten; das markt-

polizeiliche Beschaupersonal wäre besonders zu schulen (Pilzausstellungen, Exkursionen). Dr. H ö s c h - Pasing.

Ueber die Möglichkeit von Zinnvergiftungen beim Gebrauch verzinnter Eisenblechkannen für Kaffee. Von Oberstabsapotheker Dr. S t r u n k. Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militärsanitätswesens; 1912, H. 52.

S t r u n k stellte fest, daß durch die Einwirkung der im Kaffeedampfe enthaltenen Säuren das Eisen angegriffen wird, und daß durch den vom Blech sich abhebenden Rost auch Zinnteilchen abgetrennt werden, die in den Kaffee gelangen können. Ihre Menge ist aber nach seinen Untersuchungen so gering, daß sie als ganz unbedenklich angesehen werden muß. Durch das in Lösung gehende Eisen kann der Kaffee auch einen unangenehmen metallischen Geschmack annehmen; verzinnte Kupferkessel sind daher vorzuziehen, ohne daß jedoch durch den Gebrauch von Eisenblechbehältnissen ernstere Gesundheitsschädigungen zu erwarten sind. Dr. B e r n s t e i n - Allenstein.

---

2. Gewerbehygiene.

Das Kyanisierungsverfahren und dessen sanitäre Bedeutung. Von k. k. Oberbezirksarzt Dr. J. S c h l a u f (Völkermarkt). Der Amtsarzt; 1912, Nr. 1 und 2.

Das nach dem englischen Erfinder benannte Verfahren besteht darin, daß Holz (in Deutschland allgemein die Telegraphenstangen, Schwellen u. a.) durch Sublimatbäder gegen Fäulnis imprägniert wird.

Die Betriebsanlage (Sublimatteiche etc.) ist am besten in einem luftigen Holzschuppen; arbeiten sollen nur männliche gesunde und kräftige Erwachsene, und zwar alle 6—8 Wochen abwechselnd im Schuppen und am Holzlagerplatz; ebenso oft soll ärztlich untersucht werden. Wichtig sind ferner: Rauch-, Eß- und Trinkverbot, Mannschaftsstube mit heizbarer Wasch- und Badegelegenheit und Kasten für die Arbeitskleidung, Tragen hoher Stiefel (event. Brillen, Respirator), regelmäßiges Einfetten der Hände, Arbeitsordnung etc.

Die vorkommenden Schädigungen sind hauptsächlich Sublimatekzeme der Hände und Füße, sowie Affektionen der Kopfschleimhäute.

Dr. H ö s c h - Pasing.

Die Cellulo-Dermatitis durch Autokontusion bei versicherten Bergarbeitern (Oedema durum traumaticum nach Secretan). Von Dr. Michele A q u i l i n a und Dr. Ant. C a m m a r a t a. La Medicina degli infortuni del lavaro e delle assicurazioni sociali; 1911, Nr. 8.

Bei dem sogenannten „harten traumatischen Oedem“ handelt es sich um ein Krankheitsbild, das durch harte Schwellung des Hand- (und Fuß-) rückens bis zur Basis des Metacarpus, verbunden mit Störungen in der Beweglichkeit der Flexoren der Finger, der Tendenz des langen Bestehenbleibens und der restitutio ad integrum ausgezeichnet ist. Ueber die Natur des Leidens sind die Ansichten geteilt. Manche sprechen von spontaner Entstehung, sei es infolge eines chemisch entzündlichen Prozesses, sei es auf nervöser Basis; andere schließen die spontane Entstehung absolut aus. B e r n a c c h i, der die Krankheit monographisch beschrieb, kommt zu der Ansicht, daß es sich dabei um eine „Autokontusion“ handle. Die beiden Verfasser, die eine sehr große Anzahl von solchen Fällen bei Arbeitern in Schwefelgruben Siziliens zu beobachten Gelegenheit hatten und als charakteristische Beispiele 4 Fälle ausführlicher beschreiben, schließen sich durchaus der letzten Meinung an und sind überzeugt, daß das Leiden absichtlich von den betreffenden Arbeitern — es handelt sich ausschließlich um Bergleute — hervorgerufen wird, um Rentenansprüche zu stellen. Die Gründe für diese Annahme sind folgende: 1. Alle sonst bekannten Ursachen solchen Oedems wie venöse Stauung, Intoxikation, Trauma, nervöse Störungen sind auszuschließen; 2. das Krankheitsbild ist stets das gleiche; 3. es handelt sich immer um die linke Hand; 4. es besteht ein Mißverhältnis zwischen dem angeblichen Trauma und dem objektiven Befund; 5. es tritt regelmäßig Heilung ein, sobald die Unfallrente gewährt ist.

Nach Annahme der Verfasser rufen die Arbeiter diesen Zustand dadurch hervor, daß sie nach Bedeckung der Hand mit einem Tuch diese mit dem Stichel so lange bearbeiten, bis sich ein Oedem gebildet hat. Da indes der

Beweis der Simulation des Unfalls schwer zu führen ist, empfiehlt es sich, in allen zweifelhaften Fällen die betreffenden angeblich Unfallverletzten einem Krankenhaus zu überweisen. Dr. Solbrig-Königsberg.

Neuer Beitrag zur Kenntnis der Cellulo-Dermatitis durch Autokontusion bei versicherten Arbeitern. Von Prof. Luigi Bernacchi. La Medicina degli infortuni del lavoro e delle assicurazioni sociali; 1911, Nr. 9.

In Uebereinstimmung mit den neueren Autoren vertritt Verfasser die Ansicht von der ausschließlich artifiziellen Entstehung dieses Leidens. Zur Bekräftigung seiner Meinung gibt er mehrere Fälle bekannt, die als betrügerisch von den Aerzten angezeigt und als solche von den Behörden abgeurteilt wurden. Namentlich interessieren 2 Fälle, die vor dem Tribunal in Neapel sich abspielen und bei denen die betreffenden Arbeiter ein eigens konstruiertes hölzernes Pistill zur Erzeugung des Leidens benutzt hatten. Es wurde Betrug angenommen und auf eine empfindliche Strafe (längere Gefängnis- und daneben Geldstrafe) erkannt. Ebenso erging es in zwei Fällen, die in Rom vor der Cassa nationale für Unfallverletzungen verhandelt wurden. Diese Strenge des Gesetzes ist um so mehr geboten, als mehrfach in Italien förmliche Epidemien von hartem Oedem infolge angeblicher Unfallverletzungen vorgekommen sind, denen zu steuern auf andere Weise nicht möglich ist.

Dr. Solbrig-Königsberg.

4. Schulhygiene.

Schüleruntersuchungen an höheren Schulen. Von Prof. Dr. Schlesinger-Straßburg. Internationales Archiv für Schulhygiene; 1912, Nr. 1.

Nicht nur in der Volksschule, sondern auch in den höheren Schulen wurden erstaunlich oft bedeutsame und beträchtliche krankhafte Befunde erhoben, die augenscheinlich von den Eltern nicht bemerkt worden oder unbeachtet geblieben waren; hinsichtlich der Kurzsichtigkeit beanspruchen schon die geringen Grade, die zu Hause stets unerkannt bleiben, schulärztliches Interesse. Auch in den höheren Schulen erscheint die Anstellung von Schulärzten nicht weniger notwendig als in den Voksschulen; der Einwand, diese Kinder seien schon von Hause aus ärztlich gut versorgt, trifft nur für einen kleinen Bruchteil zu. Während in der Volksschule vor allem die unteren Klassen schulärztlicher Ueberwachung bedürfen und die Proletarierkrankheiten sowie deren Bekämpfung durch Fürsorgemaßnahmen im Vordergrund stehen, sind es in den höheren Schulen namentlich die Pubertätsjahre und diejenigen krankhaften Erscheinungen, für deren Entstehung eine intensive Schularbeit zur Zeit lebhafter Entwicklung zum mindesten eine Prädispositionsquelle abgibt. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Schularztfrage und die bayerischen Mittelschulen. Von Gymnasialprofessor Dr. Döll-München. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1912, Nr. 1 und 2.

Verfasser hält die Anstellung von Schulärzten auch an Mittelschulen (Gymnasien) für unbedingt nötig, weil die Eltern in einem Mangel an hygienischem Verständnis nicht die Schule in einer gedeihlichen gesundheitlichen Förderung ihrer Kinder entlasten und die bessere materielle Lage noch keinen kräftigeren Nachwuchs bedingt; auch sind die Bauten und Inneneinrichtungen der Mittelschulen hygienisch den Volksschulen nicht voraus. Die Lehrer aber haben noch keine genügende hygienische Ausbildung, um den Arzt ersetzen zu können. — Die Aufgabe des Schularztes müsse ausgedehnt werden auf die Lehrgebäude und ihre Einrichtungen; seiner Fürsorge müsse auch die Unterrichtshygiene unterstellt werden, soweit sie mit der Schülerhygine innerlich zusammenhängt: richtige Einhaltung und zweckmäßige Ausnutzung der Pausen, Anregung und Förderung der körperlichen Betätigung jeder Art, ja vielleicht sogar Uebernahme des ganzen Turn- und Spielbetriebs oder wenigstens Aufsicht über denselben. Die systematische Gesundheitspflege kann nach denselben Prinzipien erfolgen wie in der Volksschule; doch hält Verfasser es für unbedingt erforderlich, daß der Schularzt der Schule ganz angehöre, um für Seele und Geist des Schullebens Verständnis zu haben, um sich das volle Vertrauen von Lehrern und Schülern zu erwerben. Das Ideal wäre der Lehrer-Arzt, der vollberechtigtes

Mitglied des Lehrerkollegiums ist. Lehrerschaft und Arzt müssen von der Notwendigkeit ihres einmütigen Zusammenwirkens unbedingt überzeugt sein.

Dr. Solbrig-Königsberg.

Der schulärztliche Frage- und Gesundheitsbogen im Dienste der Militärverwaltung. Von Dr. Baur-Schäbisch-Gmund. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1912, Heft 4.

Baur schlägt vor, Auszüge aus den vom Schularzte zu führenden Gesundheitsbogen, für die ein einheitliches Schema erforderlich wäre, der Ersatzkommission zu übermitteln. Der Auszug hätte die durchgemachten bedeutenderen Erkrankungen, geistige Minderwertigkeit, Entartungszeichen, häusliche schlimme Verhältnisse und Vererbungsverhältnisse zu erwähnen. Es unterliegt (auch nach Ansicht des Referenten) keinem Zweifel, daß durch das vorgeschlagene oder ein ähnliches Verfahren nicht nur viele spätere Rückfragen vermieden oder wenigstens erleichtert würden, sondern daß auch mancher Schaden für den Wehrpflichtigen durch genaue Kenntnis seines Vorlebens verhütet werden könnte.

Dr. Bernstein-Allenstein.

Aus der englischen Schulgesundheitspflege. Von H. Walter-London. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1912, Nr. 4.

Das englische Schul-Hygiene-Gesetz ist seit fast vier Jahren in Wirksamkeit. In den Jahren 1909/10 sind von 5,36 Millionen Schulkindern in England und Wales ungefähr 1,38 Millionen als eintretende und abgehende untersucht. 10% der untersuchten Kinder litten an Sehstörungen, 3 bis 5% an Gehörsstörungen, 1 bis 3% hatten Ohreiterungen, 6 bis 8% Wucherungen in den Luftwegen, 40% Zahnkaries, 1% Hautausschlag, 1% Tuberkulose, 1 bis 2% Herzkrankheiten, so daß unter Berücksichtigung der an mehr als einem Uebel leidenden Kinder mindestens 50% zu behandeln waren.

Schulhygienische Maßnahmen sind zwecklos, wenn nicht ein System der Kontrolle eingeführt wird, damit auch die gegebenen Ratschläge durchgeführt werden können.

Die medizinische Behandlung geschieht am häufigsten durch Anstellung von Schul-Pflegerinnen. Die Aufgaben der Untersuchungsklinik sind so zu gruppieren:

1. Die eingehendere Untersuchung von Kindern, die bei der Untersuchung zurückgestellt worden sind.
2. Die Untersuchung von Kindern zwecks Feststellung, ob sie am Schulunterricht, am Schulturnen, Schwimmen und an Schulausflügen teilnehmen können.
3. Die Untersuchung von Kindern, die in Hilfsschulen aufgenommen werden sollen.
4. Die Ueberwachung von Kindern, die an den Folgen von Unreinlichkeit und an Krätze leiden.
5. Die ständige Ueberwachung aller Fälle von Tuberkulose.
6. Die Untersuchung von Kindern, die an ansteckenden Krankheiten gelitten haben.

Besondere Aufmerksamkeit wird auch der Zahnbehandlung gewidmet; ebenso soll die Frage der Schulspeisungen Beachtung finden. Bei allen Maßnahmen darf aber nicht vergessen werden, daß die Wurzel aller Krankheiten gewöhnlich im häuslichen Leben der Kinder zu suchen ist.

Dr. Hoffmann-Berlin.

Schulhygienisches (Waldschulen). Von M. Meyer-Hamburg. Jugendwohlfahrt; 1911, Nr. 11.

1904 ist die erste Waldschule, und zwar in Charlottenburg gegründet; diesem Beispiel sind 1906 Mühlhausen i. E. und München-Gladbach, 1907 Elberfeld, 1908 Dortmund und Lübeck, 1910 Husum und Nürnberg gefolgt. In England existieren drei Waldschulen. Es besteht Einigkeit darüber, daß für Kinder mit Infektionskrankheiten, tuberkulösem Auswurf, Epilepsie, Veitstanz, offener Skrofulose oder ekelerregenden Erscheinungen die Waldschule keine Stätte sein darf. Als Orte für die Anlage von Waldschulen sind bis jetzt natürlich Wald-

partien in nicht zu großer Entfernung von der Stadt bevorzugt worden. Man geht auch wohl nicht fehl, wenn man das Vorhandensein eines leicht zu erreichendes Waldes als ein die Errichtung einer Waldschule ungemein begünstigendes Moment auffaßt. Großstädte, denen dieser Vorzug abgeht, werden sich füglich mit Freiluftschulen begnügen müssen; Städte an größeren Flüssen, an Seen oder nicht fern vom Meere werden gut tun, statt der Waldschule eine See-, Meer-, Strandschule oder, wie man sie sonst nennen will, zu errichten. Hauptsache ist, daß die Schule aus der Stadt heraus ins Freie kommt. Von den genannten Waldschulen beschränkt Husum seinen Betrieb auf die Monate Juni, Juli, August. München-Gladbach und Dortmund halten ihre Waldschule offen von April bis Oktober, Lübeck und Nürnberg von Anfang Mai bis Anfang Oktober, Elberfeld von Anfang Mai bis Mitte November, Charlottenburg endlich von Ostern bis Weihnachten, das letzte Quartal allerdings unter Verringerung der Pfleglingszahl von 240 auf 80. Mühlhausen, Lübeck, Husum und Charlottenburg behalten alle Waldschulzöglinge während der ganzen Saison, Dortmund gewährt einen Waldschulaufenthalt von drei Monaten, der nur in einzelnen Fällen um weitere drei Monate verlängert wird. Nürnberg behält die Kinder je nach Bedürftigkeit zwei bis fünf Monate, München-Gladbach in der Regel nur zwei Monate, nie über zwölf Wochen. Elberfeld hat im letzten Berichtsjahre 113 Kindern Saisonaufenthalt gewährt, 32 Kinder brachten je über 100 Tage, 81 Kinder je 3 bis 100 Tage in der Waldschule zu. Als Durchschnittszahlen der auf einen Waldschüler entfallenden Verpflegungstage ergaben sich Mühlhausen i. E.: 145, München-Gladbach: 60, Elberfeld: 104, Dortmund: 74, Husum: 78, Lübeck: 131, Charlottenburg: 207, Nürnberg: 79 Tage. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Arbeitsschule als Reformschule. Von Prof. Dr. G. Gaudig-Leipzig. Zeitschrift für Pädagogische Psychologie; 1911, H. 11.

Die stärkere Betonung der manuellen Arbeit wird den Wert der deutschen Schule erhöhen. Aber die Reform, deren die deutsche Schule bedarf, wird durch die manuelle Arbeit nicht erreicht. Wohl muß die deutsche Schule — Arbeitsschule werden. Aber Arbeitsschule im anderen Sinne, als wir bisher annahmen, Arbeitsschule in dem Sinne, daß die selbsttätige Arbeit des Schülers die den Charakter der Schule bestimmende Tätigkeitsform ist.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Schulärzte und Schulzahnhygiene. Von Schulassistenzarzt Dr Wimmenauer-Mannheim. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1911, Nr. 12.

Verfasser, der für seine Ausführungen über „Die Beziehungen des Gebisses zum Ernährungszustand bei Schulkindern“ (Zeitschrift für Schulgesundheitspflege, 1910, S. 475) von zahnärztlicher Seite angegriffen ist, legt nochmals klar seinen Standpunkt dar, indem er betont, daß die Bedeutung der Zahn- und Mundhygiene für die Gesundheit der Schulkinder von den Zahnspezialisten in einseitiger Weise überschätzt wird, und daß die für die Errichtung und Unterhaltung von Schulzahnkliniken ausgeworfenen Summen im Kampf gegen die wahren Volkskrankheiten, Rhachitis und Tuberkulose, und in der Fürsorge für bessere Wohnungsverhältnisse rentabler angelegt werden könnten.

Dr. Solbrig-Königsberg.

Ein Beitrag zur Zahnfrage. Von Dr. Henneberg-Magdeburg. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1911, Nr. 12.

Zur Feststellung der Beziehungen zwischen Gebiß und Allgemeinzustand haben die Magdeburger Schulärzte aus jeder Klasse der Volksschulen 5 gutgenährte und 5 schlechtgenährte Kinder ausgewählt, um sie während eines Schuljahres auf ihr Gebiß hin zu beobachten. Verfasser veröffentlicht nun das Resultat seiner Untersuchungen, das mit dem der anderen Aerzte völlig übereinstimmte, daß nämlich „ein nachweisbarer Einfluß der Beschaffenheit des Gebisses auf den gesamten Kräfte- und Gesundheitszustand der Kinder nicht festzustellen war.“ Weder auf Länge noch Gewicht, auf Wachstum und Gewichtszunahme konnte eine schädigende Einwirkung des ungenügenden Gebisses nachgewiesen werden; die Kinder mit ungenügendem Gebiß waren

nicht empfänglicher für Infektionskrankheiten; nur ein Teil der Fälle von Hals- und Kieferdrüsenschwellungen und üblem Mundgeruch wurde durch kranke Zähne verschuldet. — Verfasser tritt zum Schluß seiner Ausführungen dafür ein, die Karies zu verhüten durch bessere Ernährung und Kräftigung des Allgemeinzustandes. Zahnkranken Kindern müsse natürlich eine Behandlung zuteil werden, deren Kosten aber nicht allein den Kommunen aufgebürdet werden dürften. Dr. Solbrig-Königsberg.

Empfiehlt sich die Einrichtung von Schulzahnkliniken, oder auf welche sonstige Weise kann der Verderbnis der Zähne vorgebeugt werden? Von Dr. M. Nippe-Dresden. Schulzahnpflege; 1911, Nr. 9.

Das Ideal einer geordneten Zahnpflege besteht darin, daß das Gebiß des Kindes vom dritten Jahre etwa ab, wenn also das Milchgebiß entwickelt ist, zahnärztlich kontrolliert wird. Die zahnärztliche Kontrolle muß dann weiter während der ganzen Schulzeit beibehalten bleiben, womöglich auch auf die Fortbildungs- und Mittelschüler ausgedehnt werden. Daß diese Zahnbehandlung am besten der Schule in lockerer oder festerer Verbindung angeschlossen werden muß, hat der Verfasser nachgewiesen. Die immer mehr aufkommenden Schulzahnkliniken verweisen von selbst aufs beste ihre innere Notwendigkeit. Sind sie einmal eingeführt, so ist schon ein gut Teil Arbeit auf dem so wichtigen Gebiete der Zahnfürsorge geschehen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Zerstörung der bleibenden Zähne durch Karies während des schulpflichtigen Alters. Von Dr. K. Cohn-Berlin. Schulzahnpflege; 1912, Nr. 10.

Die Feststellungen des Verfassers zeigen zur Genüge, daß die bleibenden Zähne am Ende des schulpflichtigen Alters in einem nicht sehr günstigen Zustande sich befinden. Von dem 6 Jahr-Molar, der für den Aufbau des bleibenden Gebisses von großer Bedeutung ist und bis zum Erscheinen des zweiten großen Backenzahnes der wichtigste Zahn für den Kauakt ist, wurden bei den 14jährigen Kindern nur 11 Prozent als gesund befunden und 20 Prozent waren bereits entfernt; da der größte Teil der erkrankten 6 Jahr-Molaren in diesem Alter nicht mehr erhaltungsfähig war, so kann man mit gutem Gewissen behaupten, daß in der Zeit vom 6. bis 14. Jahre dieser wichtige Zahn der Karies zum Opfer gefallen ist. Während im achten Lebensjahre die oberen Schneidezähne noch größtenteils gesund und nur ein kleiner Prozentsatz (7 Proz.) kariös ist, haben die 14jährigen Kinder nur noch 67,6 Proz. gesunde Schneidezähne, ein gewiß schlechtes Zeichen für die nächsten Jahre nach der Schulentlassung. Bemerkenswert ist auch der Zustand des zweiten Molaren bei den Vierzehnjährigen; denn bereits 10,2 Proz. von diesen Zähnen waren zwei Jahre nach dem Durchbruche entfernt und 36,6 Proz. sind kariös.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ratschläge über die Ernährung der Schulkinder in Form eines Merkblattes. Von Dr. G. Poelchau-Charlottenburg. Soziale Hygiene und praktische Medizin; 1912, Nr. 7.

Die Fälle von Blutarmut, Magenleiden, Unterernährung bei der schulpflichtigen Jugend sind sehr zahlreich, oft bedingt durch falsche Ernährung. Deshalb sind die Regeln, die für Ernährung der Schulkinder in Betracht kommen, in Form eines Merkblattes zusammengestellt, welches von den Schulärzten und Klassenlehrern an die Eltern der Kinder verteilt wird. Diese Regeln sollen gelten für gesunde Kinder mit gesundem Appetit; kranke Kinder sind an den Arzt zu weisen. Die Mahlzeiten sollen täglich regelmäßig, in Ruhe und ohne Hast eingenommen werden. Besonders ist diese Regel beim ersten Frühstück, vor dem Schulwege, zu beachten. (Ist dies immer durchführbar?) Fünf Mahlzeiten sind völlig ausreichend; bei sorgfältiger Auswahl der Speisen genügen sogar drei bis vier. Der Magen darf nicht fortwährend mit Speisen gefüllt sein, er muß sich auch erholen. Zwei Mahlzeiten sollen warme Speisen enthalten. Die Hauptmahlzeit auf den Abend zu verlegen, ist nicht zweckmäßig. Zu reichliche Ernährung ist ebenso schädlich, wie ungesunde oder falsche

Ernährung. Bisweilen ist die Nahrungsmenge wohl ausreichend, aber die Auswahl der Nahrungsmittel falsch.

Kinder sollen eine gemischte Nahrung erhalten. Verboten sind ungekochte Milch, rohes Fleisch und roher Speck, ebenso Alkohol. Auch vor Süssigkeiten und unreifem Obst wird gewarnt. Getränk zu den Mahlzeiten ist nicht erforderlich. Ist viel Durst vorhanden, so kann wenig Wasser nach der Mahlzeit genommen werden. Dr. Hoffmann-Berlin.

Hungernde Kinder. Von M. Pfaundler in München. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 5.

Oppenheimer und Landauer veröffentlichten in der Münchener medizin. Wochenschrift; 1911, Nr. 42, und im Dezemberheft der „Süddeutschen Monatshefte“ 1911 Zahlen und Schlüsse über den Ernährungszustand zweier Kategorien von Münchener Volksschülern und fanden, daß diese Kinder großenteils hinsichtlich gewisser Körpermaße (Länge, Gewicht, Brustumfang, Zentimetergewicht) gegenüber den normalen Durchschnittsmaßen zurückgeblieben sind. Sie bezeichneten auf Grund dieser Feststellung einen sehr großen Prozentsatz jener Kinder als unterernährt und forderten in Konsequenz ihrer Feststellungen eine genügende Schulspeisung. Verfasser übt nun in längeren hochwissenschaftlichen und besonders für Schulärzte hochinteressanten und wichtigen Ausführungen Kritik an den Feststellungen und Schlußfolgerungen der oben genannten Autoren; er kommt zu folgenden Schlüssen:

Es ist unerwiesen und recht unwahrscheinlich, daß die Hälfte oder gar die Mehrzahl der Münchener Vorstadtschulkinder „hungert“ und infolge habitueller Unterernährung in der Körperentwicklung zurückgeblieben ist. Die dankenswerten Erhebungen von Oppenheimer und Landauer werden nach gewissem Plane erweitert und vertieft werden müssen. Vielleicht gelingt es so festzustellen, wie viele und welche Schulkinder unter einer quantitativ unzureichenden Ernährung leiden; darauf werden sich Vorschläge zu einer rationellen Abhilfe gegen das Uebel basieren lassen.

Dr. Waibel-Kempten.

Schuljugendfürsorge. Von A. v. Gierke. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1911, Nr. 11.

Fest steht, daß nicht alle Kinder aufgenommen werden dürfen, deren Eltern sie bringen, daß es Grenzen der Bedürftigkeit gibt, die oft enger sind, als die Bittsteller und die Fürsorge meinen. Fest steht aber auch: es werden längst nicht alle Kinder der Fürsorge zugeführt, die ihrer bedürfen.

An jeder Gemeindeschule der Großstadt ist in geeigneten, von der Schule überwiesenen Räumen ein Tagesheim mit Mittagessen, Mittagsruhe, Spiel und Arbeit für die ganz heimatlosen Kinder zu schaffen. Anzugliedern sind je nach den Bedürfnissen Einrichtungen für Kinder, die nur stunden- oder tageweise Anregung und Aufsicht brauchen, wie Spaziergang, Lesehallen, Gelegenheit zum Anfertigen der Schularbeiten u. a. Alle Einrichtungen müssen unter beruflich vorgebildeten Hortleiterinnen stehen, denen ein möglichst großer Stab freiwilliger Helferinnen zur Seite steht. Die Erlaubnis zur Teilnahme an den einzelnen Einrichtungen sowie die Aufnahme in jede der Institutionen muß in der Hand der Schulpflegerin liegen, die von Gemeinde und Schule anerkannt und unterstützt wird. Ihr kann noch ein Teil der praktischen Arbeit, z. B. Austeilen des Mittagsessens, Lesehalle oder dergl. übertragen werden. Der Zusammenhang jeder Schule mit ihren Fürsorgeeinrichtungen und ihrem Verein wird durch gemeinsame Konferenzen von Schulpflegerin und Hortleiterin mit Rektor, Lehrerkollegium und Schularzt gewahrt. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Trinkerkinder unter den schwachbegabten Schulkindern. Von Prof. Dr. Eugen Schlesinger in Straßburg i. E. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 12.

Gelegentlich der Untersuchung der schwachbegabten Schulkinder in der Hilfsschule fielen dem Verfasser eine Reihe von Eigentümlichkeiten der Kinder aus Trinkerfamilien auf.

Von den mannigfachen ursächlichen Faktoren, die beim Zustandekommen

der schwachen Begabung mitwirken, ist im Sinne der Vererbung in erster Reihe die neuropsychopathische Konstitution und in zweiter Reihe die Trunksucht der Eltern zu nennen. Wir können die Pathogenese des ererbten Alkoholismus als eine direkte Giftwirkung auf die Keime auffassen, was sowohl durch Tierversuche, als auch am Sektionstisch sichergestellt ist. Bei einem Material von ca. 200 schwachbegabten Schulkindern bekam Verfasser in 30 Proz. Trunksucht der Eltern in größerem oder kleinerem Maßstabe zugestanden. Noch häufiger, in 40—60 Proz., findet man bei schwerem intellektuellem Schwachsinn, bei Imbecillitas und Idiotie Trunksucht der Eltern. Im Gegensatz zu der neuropsychopathischen Belastung liegt diejenige durch Alkoholismus der Eltern vorwiegend, ja fast ausschließlich auf seiten des Vaters.

Wie tief die Degeneration unter den Trinkerkindern geht, gibt sich kund in der Konstitution, die während der ganzen Jugendzeit dieser Kinder hinter dem Durchschnitt zurückbleibt. Als Stigmata fand Verfasser bei zwei Dritteln der Kinder von Alkoholikern besondere Schädel- und Gesichtsformen (Asymetrie), fliehende oder niedere Stirn mit starken Supraorbitalwülsten, Abflachung des Hinterhaupts, hydrozephale Schädel, Turmschädel, Prognathie und Progenie, Ohrmuschelbesonderheiten. Vor allem liegen die Eigentümlichkeiten der Trinkerkinder im Verhalten ihres Zentralnervensystems. In motorischer Beziehung litt mehr als die Hälfte von ihnen im ersten Jahr an Krämpfen bezw. krampfartigen Zuständen (Tetanie, Spasmophilie), ferner später an häufigen vorübergehenden Erregungszuständen, Unruhe,. Zittern, Grimassenschneiden, Gestikulieren, Tics convulsivs, Epilepsie. Am meisten und deutlichsten unterscheiden sich die schwachbegabten Trinkerkinder von den anderen debilen auf psychischem, ethischem und moralischem Gebiet. Mehr noch als die Intelligenzdefekte mit einseitiger Gedächtnisschwäche, mangelhafter Aufmerksamkeit, geistiger Trägheit, Verlangsamung und Armut in der Bildung von Vorstellungen, Schlüssen pp. treten die Charaktereigentümlichkeiten und Charakterfehler bei diesen Trinkerkindern in den Vordergrund, und zwar ist als eine Charaktereigentümlichkeit vieler Trinkerkinder zu erwähnen die Impulsivität in ihrem Wollen und Handeln, dann die außerordentliche Veränderlichkeit in ihren Gefühlen und Stimmungen. Es finden sich ferner unter den ausgesprochenen Charakterfehlern Faulheit, Eigensinn, Widersetzlichkeit, Frechheit, Lügen und Stehlen, Schulschwänzen, Vagabundieren usw., sowie häufig Hang zur Trunksucht und starke Intoleranz gegen Spirituosen.

Die Aussichten der schwachbegabten Trinkerkinder sind nicht günstig. Das Elternhaus kann die notwendige Ueberwachung und Fürsorge nur in den seltensten Fällen leisten, deshalb erscheint häufig eine frühzeitige Fürsorgeerziehung in einer geschlossenen Anstalt als das wichtigste in der ganzen Behandlung dieser Kinder. Dr. Waibel-Kempten.

Schülervergehen und Schülerstrafen unter statistischen Gesichtspunkten. Von Prof. Dr. Kemsies-Berlin. Zeitschrift für pädagogische Psychologie; 1911, Nr. 11—12.

Vom hygienischen Standpunkte würde man es mit Freude begrüßen, wenn die hohen Pflichtstundenzahlen herabgemindert werden könnten; denn sie bringen die schwere Belastung der Schüler und Lehrer mit sich und sind oft die eigentliche Ursache der jeweiligen Ueberbürdung und des Unfleißes der Schüler. Sie schaffen auch die großen Schwierigkeiten für den Stundenplan in hygienischer Beziehung. Die heutigen Lehrpläne der deutschen höheren Schulen haben leider ein ganz anderes Maß der Unterrichtszeit als die Schulen früherer Jahrhunderte. Die Wochenstundenzahl von 20—25 ist auf nicht weniger als 30—36 hinaufgegangen. Andere europäische Länder weisen bei weitem niedrigere Wochenstundenzahlen an ihren höheren Schulen auf; die englischen Schulen ersten Ranges zählen in den oberen Klassen meist 27, nie mehr als 30 Stunden, die französischen 28, die österreichischen 25. Im Jahre 1912 hatte Preußen in allen Klassen 32 Stunden. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Bemerkungen zur Schulhygiene in Anlehnung an die Vorschriften. betreffend „Bau und Einrichtung ländlicher Volksschulhäuser in Preußen“,

Von Dr. Steinhaus-Dortmund. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1911, Nr. 12.

Verfasser legt dar, daß die ministeriellen Vorschriften von 1895 für die preußischen Volksschulen inbetreff der schulbauhygienischen Anforderungen nicht mehr durchaus den Forderungen der neuzeitlichen Hygiene entsprechen, und entwickelt genauer die dringlich erwünschten Erweiterungen.

Dr. Solbrig-Königsberg.

Zur Schulreinigungsfrage.[1]) Hamburger Versuche von Professor Dr. H. Trautmann und Dr. R. Hanne. Deutscher Verlag für Volkswohlfahrt G. m. b. H., Berlin W. 30. Preis: broschiert 1,60 M.

Die angestellten Versuche ergaben folgendes Resultat:

1. Das Saugverfahren vermag den Schulstaub am gründlichsten zu beseitigen und ist auch zur Reinigung der Wände, Unterrichtsgegenstände etc. bequem zu verwenden. Gröbere Schmutzstoffe müssen mit der Hand aufgenommen werden. Wegen der geringen Staubaufwirbelung ist es auch für den reinigenden Beamten das zweckmäßigste Verfahren.

2. Beim Bindeölverfahren wird bei der Reinigung eine mäßige Staubaufwirbelung verursacht. Eine Abnahme der Wirksamkeit des Oeles ist während der längsten Beobachtungszeit (5 Wochen) nicht bemerkt worden. Auch haben sich irgendwelche Nachteile (schlechter Geruch, länger andauernde Fettigkeit des Bodens) nicht geltend gemacht. Geringe Mengen von Schmutz werden allerdings durch die bindende Kraft des Oeles für längere Zeit in der Klasse festgehalten. Eine große Rolle spielt das Holzmaterial des Fußbodens.

3. Beim Kopenhagener und Hamburger Verfahren (Reinigung des Fußbodens ohne Anwendung staubbindender Oele mit feuchten Sägespähnen, Abwischen mit feuchten Tüchern und Abwaschen etc.) wird stets der Staub nicht so weitgehend beseitigt, wie beim Saugluft- und Bindeölverfahren. Außerdem werden durch die stärkere Aufwirbelung des Schmutzes für die reinigende Person ungünstige Verhältnisse geschaffen.

Im allgemeinen ist die Wahl des Reinigungsverfahrens, wenn es überhaupt imstande ist, Schmutz gründlich zu entfernen, für die Schüler weniger von Belang, als für die reinigende Person. Die geprüften Reinigungsverfahren sind für die größere oder geringere Staubaufwirbelung während des normalen Schulverkehrs so gut wie gleichwertig. Dr. Dohrn-Hannover.

---

5. Krankenanstalten.

Die Küchenfrage in Kliniken und Krankenhäusern. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schmidt-Halle a. S. Medizinische Klinik; 1911, Nr. 24.

Bei dem Betrieb der neuen modernen Krankenhäuser haben sich mancherlei Schwierigkeiten ergeben; speziell konnte die Küche den an sie gestellten gesteigerten Ansprüchen in bezug auf Diät nicht mehr genügen; bei ihrer Lage war es meist mit großen Schwierigkeiten verbunden, das Essen in warmem Zustand bis an das Krankenbett zu bringen. Nicht zum wenigsten aus diesem Grunde ist man daher jetzt auf dem Standpunkte angelangt, Krankenanstalten für mehr als 1000 Kranken nicht mehr zu bauen. Gleichwohl sind noch Schwierigkeiten genug vorhanden Um diese zu beseitigen, sind verschiedene Vorschläge gemacht. Verfasser spricht sich für die Beibehaltung der Zentralküche mit Angliederung einer besonderen Diätküche aus; jedenfalls die beste Lösung. An die Diätküche müssen die Anforderungen gestellt werden, die man an eine internationale Hotelküche stellt; sie darf nur mit dem besten Material arbeiten usw. An seiner Klinik hat Verfasser einederartige Diätküche eingerichtet, für die eine ganze Reihe besondere Kostformen entworfen sind. Von Herrn Dr. Strassner ist dann noch ein über 4 Wochen sich erstreckender Diätzettel ausgearbeitet worden. Die Diätküche, die schon längere Zeit in Betrieb ist, arbeitet zu aller Zufriedenheit. Rpd. jun.

---

[1]) Siehe auch Referat in Nr. 1 der Zeitschrift über die früheren Versuche.

Besprechungen.

Das Gesundheitswesen des Preussischen Staates im Jahre 1910. Im Auftrage Seiner Exzellenz des Herrn Ministers bearbeitet in der Medizinalabteilung des Ministeriums. Gr. 8°, 510 Seiten und 48 Seiten Tabellen. Vorzugspreis 8,20 Mark (Min.-Erl. vom 18. Mai 1912).

Der Bericht über das Gesundheitswesen für 1910 enthält dieselbe Anordnung des Stoffes wie der vorhergehende, die durch die neuen Bestimmungen vorgeschrieben ist.

Im allgemeinen waren die Gesundheitsverhältnisse des Jahres 1910 gut. Die Gesamtsterblichkeit betrug 16,3 auf 1000 Einwohner, während sie 1909: 17,1, 1908: 18,3 betrug, ist also noch weiter gesunken. Dem gegenüber ließ die Geburtenziffer nicht ein Ansteigen erkennen, vielmehr sank sie noch weiter als in den Vorjahren herab, nämlich auf 30,83 Lebendgeborene zu 1000 Einwohnern (1909: 32,0, 1908: 32,99, 1901: 36,52), eine Erscheinung, welche die ernsteste Aufmerksamkeit verdient. Die trotzdem beobachtete Volksvermehrung um 581465 erklärt sich nur aus Herabdrückung der Gesamtsterbeziffer.

Die Säuglingssterblichkeit war gering. Wenn auch fast ein Drittel aller Gestorbenen Kinder betraf, so starben auf 1000 Kinder im ersten Lebensjahre nur 177,07 gegen 191,10 im Jahre 1909 und 206,11 im Jahre 1908. Große Unterschiede fanden sich in den verschiedenen Bezirken der Monarchie, niedrigere Zahlen mehr im Westen, höhere im Osten. Der Kinderhygiene wurde besondere Beobachtung gewidmet; zu Anfang des Jahres wurde in Berlin die preußische Landeszentrale für Säuglingsschutz ins Leben gerufen, um die vielen nebeneinander laufenden Bestrebungen auf diesem Gebiete zusammenzufassen. Dem Abschnitte über Kinderhygiene ist diesmal auch ein größerer Raum gewidmet.

Cholera, Pocken und Fleckfieber wurden nach Preußen eingeschleppt, eine Ausbreitung wurde aber durch die vorgeschriebenen Maßnahmen verhindert. Von Cholera kamen 31 Erkrankungen und 22 Keimträger vor; es starben hiervon 14 Personen. Fleckfieber wurde 18mal mit 1 Todesfall beobachtet, Pocken bei 168 Personen, 27 weniger als im Vorjahre; 24 Fälle verliefen tötlich. Diphtherie, Ruhr und Milzbrand zeigten eine geringe Vermehrung, Scharlach, Kindbettfieber, Typhus, Genickstarre und spinale Kinderlähmung eine Verminderung gegen das Vorjahr. Auch auf anderen Gebieten des Gesundheitswesens, wie Tuberkulosebekämpfung, Trinkwasserversorgung usw., konnten erfreuliche Fortschritte wahrgenommen werden.

Das Buch ist gleich seinen Vorgängern allen beteiligten Kreisen warm zu empfehlen. Dr. Räuber-Erfurt.

Prof. Dr. M. zur Nedden, Augenarzt in Düsseldorf: **Anleitung zur Begutachtung von Unfällen des Auges.** Mit 2 Figuren im Text. Wiesbaden 1911. Verlag von J. F. Bergmann. Kl. 8°; 34 S.

Das vorliegende Büchlein soll eine kurz gefaßte Anleitung ohne Literaturangabe und ohne unnötige wissenschaftliche Diskussionen strittiger Fragen zur Anfertigung von augenärztlichen Gutachten geben und lediglich praktischen Zwecken dienen.

Zu dem Zweck gibt Verf. in kurzer, knapper aber erschöpfender Weise zunächst das Schema einer augenärztlichen Begutachtung, bespricht den objektiven Befund, die Funktionsprüfung, die Unfallfolgen und endlich die Erwerbsbeschränkung, ihre Besserung und Verschlechterung.

Nicht nur der Anfänger, auch der erfahrene Begutachter wird viel aus dem Büchlein lernen können. Zelle-Lötzen.

Prof. Dr. Fr. Salzer, München: **Diagnose und Fehldiagnose von Gehirnerkrankungen aus der Papilla nervi optici.** Mit 29 Abbildungen auf 2 farbigen Tafeln. München 1911. J. F. Lehmanns Verlag. Kl. 8°; 175 S. Preis: 1,50 M.

Die vorliegende 17 Seiten umfassende Schrift bildet einen Anhang zum Atlas der Psychiatrie von Weygandt und hat hauptsächlich didaktischen Zweck. Die Tafel I enthält Variationen und kongenitale Anomalien, Tafel II

bringt pathologische und zweifelhafte Befunde. Die Bilder sind ausgezeichnet klar, die Darstellung erschöpfend. Zelle-Lötzen.

Oberstabsarzt Dr. Kühnemann - Berlin - Zehlendorf: **Diagnose und Therapie der inneren Krankheiten.** Ein Handbuch für die tägliche Praxis. Berlin 1911. Verlag von Julius Springer. Gr. 12⁰; 329 S. Preis: 6 M.

Der Verfasser der „Differentialdiagnostik der inneren Krankheiten" hat jetzt seine langjährigen Erfahrungen auf dem Gebiete der inneren Medizin in einem kleinen Handbuche, Ref. möchte lieber sagen „Kompendium", niedergeschrieben. Kurz zusammengefaßt behandelt es in 18 Abschnitten das ganze Gebiet der inneren Medizin. Fast jeder Abschnitt enthält zuerst allgemeindiagnostische Vorbemerkungen und allgemeine therapeutische Winke, um sich dann zu der speziellen Diagnostik und Therapie der betreffenden Krankheitsgruppe zu wenden. Da das Buch für die Praxis bestimmt ist, nimmt es hauptsächlich auf die Krankheiten Rücksicht, die am häufigsten vorkommen und für den praktischen Arzt am wichtigsten sind. Die einzelnen Abschnitte können und wollen auch garnicht auf Vollständigkeit Anspruch machen; wir finden kurz zusammengedrängt das Wichtigste, was wir brauchen, wenn vielleicht auch manche Gruppen, z. B. Erkrankungen des Nervensystems, ein bischen reichlich abgehandelt sind. Wissenschaftlich steht das Buch durchaus auf der Höhe der Zeit und berücksichtigt auch die neuesten Forschungen und ihre Ergebnisse. Wir können ihm daher nur einen guten Erfolg wünschen. Rpo. jun.

Dr. med. Georg Peritz, Berlin: **Die Nervenkrankheiten des Kindesalters.** Berlin 1912. Fischers Medizinische Buchhandlung (H. Kornfeld). G. 8⁰, 491 S. Preis: 15 M.

In unserem Zeitalter der Spezialisten und des Spezialisierens nimmt es nicht Wunder, wenn aus den Disziplinen der Pädiatrie und Neurologie eine dritte, die pädiatrische Neurologie entsteht. Peritz behandelt in seinem vorliegenden Lehrbuch die Nervenkrankheiten, die fast ausschließlich dem Kindesalter eigen sind oder dadurch, daß sie das noch unfertige Zentralnervensystem des Kindes befallen, eine besondere Farbe bekommen.

Den allgemeinen Ausführungen über Anatomie und Symptomatologie des kindlichen Nervensystems und über die Lumbalpunktion folgen im speziellen Teil die infantile Zerebrallähmung, die familiären, hereditären und kongenitalen Erkrankungen des Zentralnervensystems als Folge von Funktionsstörungen der Drüsen mit innerer Sekretion und die angeborenen Defektpsychosen.

In dem Werke steckt eine große Arbeit. Sie wird nach dem Eindruck, den man aus einzelnen Abschnitten und der ganzen Darstellung gewinnt, auch sicherlich dem Zwecke gerecht, die heutige Kenntnis von den Nervenkrankheiten des Kindesalters dem Arzte so zu vermitteln, daß er in theoretischer und praktischer Hinsicht Nutzen davon hat. Die Darstellung gewinnt außerordentlich durch 101 sehr instruktive, zum Teil farbige Abbildungen. Möge der Erfolg für Autor und Verleger nicht ausbleiben. Dr. Roepke-Melsungen.

Geh. Med.-Rat Dr. J. Veit, o. ö. Professor, Geh. Med.-Rat, Direktor der Königl. Universitäts-Frauenklinik Halle a. S.: **Die mangelhafte Anlage.** Rede, gehalten bei Uebernahme des Rektorats der Königl. Preuß. Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg am 12. Jlui 1911. Wiesbaden 1911. Verlag von J. F. Bergmann.

Der rühmlichst bekannte Autor hat in der vorliegenden Festrede in meisterhafte Form tiefgründige Gedanken gegossen. Der Theologe, der Strafrichter, der Pädagoge und der Arzt haben ein gleiches Interesse an der Frage der mangelhaften Anlage des Menschen. Veit behandelt zunächst das heikle viel berufene Thema der Vererbung und streift dann die Ursachen für die mangelnde Anlage; er entwickelt kurz die neue Lehre der segmentalen Anatomie und des Nägeleschen Beckens. Er geht dann über zur Besprechung der mangelhaften Funktionsanlage und des mangelnden Willens. Sehr beachtenswert für uns alle, die wir Gutachter sind, ist sein ernstes Wort, „der Wille zur Arbeit hört auf, wenn das Zeugnis vorliegt, daß der Mensch nicht mehr arbeiten

kann.“ Ein treffendes Urteil über das Frauenstudium bildet den Schluß der Rede, welche in die schönen Worte ausklingt: „Glücklich ist der, welcher seine Fehler kennt und sein Leben seinen Schwächen gemäß einzurichten versteht.“

Wer sich eine weihevolle Stunde verschaffen will, lese das ganze.

Dr. Zelle-Lötzen.

Dr. A. v. Vogl: Die Armee, die schulentlassene Jugend und der Staat. München 1911. Verlag von J. F. Lehmann.

Der frühere Generalstabsarzt der bayerischen Armee bespricht vor allem die nachträgliche Entlassung aus der Armee wegen „Dienstuntauglichkeit“. In Preußen wurden durchschnittlich 3,0 % der Kopfstärke wieder als untauglich entlassen, in Bayern 4,8 %. Absolut gezählt wurden in Bayern jährlich 3168 wieder entlassene, davon 1668 ohne Versorgung und 1500 mit Versorgung. Eine Unsumme an Arbeit und Mühen gehen jährlich mit dem Versuche, die von vornherein Untauglichen militärbrauchbar zu machen, verloren, abgesehen davon, daß diese forzierten Versuche für die untauglichen Rekruten keine Besserung ihrer sozialen und körperlichen Beschaffenheit bedeuten. Dann bespricht v. Vogl die freiwillige und verbindliche Betätigung der körperlichen Uebungen. Er führt an, daß in der Wehrtätigkeit und Wehrtüchtigkeit die Hygiene versagt hat, fordert die Ausfüllung der Zeit zwischen Schule und Kaserne durch Turnen und Spiel, die obligat zu machen sind.

(Ref. hat am anderen Orte die Zwangseinführung der produktiven Arbeit für unsere Studenten empfohlen und namentlich die Ausfüllung der Ferien durch Zwangsarbeit begutachtet.)

v. Vogl warnt dann wiederum (mit Recht) vor dem Training, bevor der Körper ausgebildet ist u. s. f. Endlich bespricht er den Jugenderlaß des gegenwärtigen Regenten Bayerns, den „Luitpoldstag“ unserer Mittelschulen und anderes. Die Lektüre dieser Abhandlung kann jeden Arzt, der sich mit sozialen Gebrechen beschäftigt, dringendst empfohlen werden. Dr. Graßl-Kempten.

Dr. Wilhelm Schallmayer: Vererbung und Auslese im Lebenslaufe der Völker. II. Auflage. Jena 1911. Verlag von G. Fischer. Preis: geh. 9 M., in Leinwand geb. 10 M.

Schallmeyer hat die erste unter diesem Titel 1903 erschienene Auflage vollständig umgearbeitet. War bei der ersten Auflage der Zweck, die von der Preiskommission bestimmten Forderungen zu erreichen — Schallmayer wurde mit dem ersten Preis belohnt —, so war bei der zweiten Auflage die Absicht maßgebend, möglichst gemeinverständlich zu werden. Diese Absicht ist den Verfasser vollständig gelungen. Anfangs stört ja die etwas animose Art, mit der Schallmayer mit seinen zahlreichen Gegnern abrechnet und namentlich auch das Hinübergreifen in das Transzendentale, das für alle Zeiten der Forschung der Naturwissenschaften verschlossen sein wird. Hat man sich aber damit abgefunden, so wirkt die Frische seiner Darstellung außerordentlich auf den Leser ein. Die in der ersten Auflage etwas breite Ausführung der theoretischen Grundlagen seiner Ansicht, namentlich die so ausschließlichen Lehren Weißmanns, hat der Verfasser in der zweiten Auflage auf jenes Maß zurückgeführt, das zum Verständnis nötig ist. Auch hat er sich befleißigt, möglichst wenig technische Ausdrücke zu gebrauchen; er hat die deutsche Sprache, die ja auch die nötigen Ausdrücke für Geisteswissenschaften besitzt, angewandt. Schallmayer ist ausschließlicher Vererbungstheoretiker. Wie er dies durchführt, ist äußerst interessant, geistreich und vielfach überzeugend. In unserer heutigen Hochkultur, in der die Pflege der Individualeigenschaften die ausschließliche Sorge der Staaten und des Einzelnen ist, verdient Schallmayers mahnende Abhandlung eingehender Würdigung. Die zu weitgehende Demokratisierung unserer Gesellschaft und der Staatengebilde hat unter den Gelehrten, die sich in dem Lärme der Tagespolitik noch eine eigene Ueberzeugung zu retten den Mut haben, schon lange Befürchtungen ausgelöst. Schallmayer gibt nun die Wege an, die geeignet sind, die Eigenschaften des Tüchtigsten durch Vererbung der Nation zu erhalten und dadurch die Nation selbst trotz Hochkultur lebensfähig zu machen. Mit Recht betont er immer wieder, daß Hochkultur nicht notwendigerweise mit Niedergang der

Lebensfähigkeit eines Volkes verbunden sein muß. Allerdings scheint er in der Bewertung der kulturellen Auslese, die durch die Kultur bedingte Ausmerzung vor der Geburt infolge Verhinderung der Fortpflanzung ungeeigneter Elemente bedingt wird, nicht genügend eingeschätzt zu haben; ebenso macht es den Eindruck, als ob der Einfluß der Arbeit auf die Auslese der Kulturvölker, namentlich der Einfluß der körperlichen Arbeit unterschätzt wurde. In dieser Beziehung sei speziell auf die Leugnung des Einflusses der modernen Schulbildung auf die Zahl der Nachkommen hingewiesen, wie sie Leroy-Beaulieu aufstellte. Allerdings erwähnt Verf. wieder warm die Bedeutung der Kinderarbeit für die Höhe der Nachkommenschaft; aber zu einer konsequenten Durchdenkung dieses wichtigsten Umstandes ist er nicht gekommen. — Mag man also im einzelnen der Ansicht des Verfassers auch nicht folgen können, das Buch ist doch als ganzes betrachtet als „wahr" zu bezeichnen. Besonders die Verwaltungsärzte werden aus ihm neue Gedanken und neue Anregungen schöpfen. Die Ueberführung der Schallmayerschen Ideen in die Praxis würde unseren Stand mit einem Ruck an die Spitze des Staates stellen. Ref. kann das Buch allen Kollegen nur bestens empfehlen. Dr. Graßl-Kempten.

Tagesnachrichten.

Ausführung der Reichsversicherungsordnung. Nach der jetzt erschienenen Kaiserlich Verordnung vom 5. Juli d. J. werden die Vorschriften des zweiten Buches — Krankenversicherung — soweit sie die Errichtung, Ausgestaltung, Vereinigung, Ausscheidung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen betreffen mit dem Tage der Bekanntgabe der Verordnung, diejenigen über die Kassenvereinigungen am 1. September d. J., alle übrigen Vorschriften über die Krankenversicherung am 1. Januar 1914 in Kraft treten, während die Vorschriften des dritten Buches über Unfallversicherung wie die zu ihrer Durchführung erforderlichen anderen Vorschriften der R. V. O. bereits am 1. Januar 1913 in Kraft treten.

Inzwischen sind bereits in allen Bundesstaaten die für Bildung der Oberversicherungsämter und Versicherungsämter notwendigen Vorschriften erlassen, in Preußen z. B. durch Verordnung vom 8. Juni d. J. im Königreich Sachsen durch Verordnung vom 25. Juni d. J. An Stelle der bisherigen Schiedsgerichte am Sitze jeder Regierung — Kreishauptmannschaft — ist jetzt überall ein Oberversicherungsamt vorgesehen; desgleichen ein solches für jedes Oberbergamt (in Sachsen ein Knappschafts-Oberversicherungsamt in Freiberg) und für jede Eisenbahndirektion (in Sachsen ein solches für die Staatseisenbahnverwaltung mit dem Sitz in Dresden). Im Gegensatz zu der für Preußen erlassenen Bestimmungen erhält die Verordnung für Sachsen gleichzeitig Vorschriften für die Bestellung von **ärztlichen Sachverständigen bei den Oberversicherungsämtern.** Danach hat jedes für einen Reg.-Bezirk errichtetes Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) im Monat Dezember aus den in seinem Bezirk ansässigen approbierten Aerzten mindestens zwei Sachverständige und zwei Stellvertreter zu wählen, deren Zahl durch Beschluß des O.V.A. vermehrt werden kann. Die Liste der vorzuschlagenden Aerzte ist vorher der zuständigen Aerztekammer zur gutachtlichen Aeußerung vorzulegen; diese kann weitere Vorschläge machen, falls sie die Ergänzung der Liste für nötig hält. Die erfolgte Wahl kann abgelehnt werden. Die Namen der gewählten Aerzte werden im Dresdener Journal und in der Leipziger Zeitung bekanntgegeben; ihre Gebühren richten sich nach der Gebührenordnung vom 19. März 1900 für gerichtlich-medizinische und medizinalpolizeiliche Verrichtungen. Die Vertrauensärzte beim Oberversicherungsamt in Dresden fungieren als solche bei dem Oberversicherungsamt für die Staatseisenbahnverwaltung, während das knappschaftliche Oberversicherungsamt in Freiberg 10 Vertrauensärzte und ebensoviel Stellvertreter in der gleichen Weise wie die übrigen Oberverwaltungsämter zu wählen hat.

Die Verhandlungen des Bayerischen Landtages über das Gesundheitswesen. Nach einem in Nr. 29 der Münchener med. Wochenschrift ge-

brachten Bericht über die diesjährige Verhandlung des Bayerischen Landtages über das Kapitel Gesundheit, sind dabei eine ganze Reihe von Fragen erörtert worden. Gegenüber dem Wunsche auf Fortfall der **bezirksärztlichen Gebühren bei Leichentransporten** äußerte der Regierungsvertreter, Ober-Reg.-Rat Huber, daß dies nicht angängig sei, da die nicht vollbesoldeten Amtsärzte auf die Gebühren angewiesen seien; er stellte jedoch eine Ermäßigung der Gebühr in Aussicht. In bezug auf die **Anstellung der Bezirksärzte** betonte Min.-Rat Prof. Dr. Dieudonné, daß an der Altersgrenze von 50 Jahre für die erste Anstellung festgehalten und künftighin auch durch eine etwas strengere Qualifikationsweise eine sorgfältigere Auslese getroffen werde. Daß einzelne Jahrgänge der Bewerber zugunsten anderer übergangen seien, sei nicht zutreffend. Die **Generalsanitätsberichte** werden künftig übersichtlicher sein und schneller erscheinen; derjenige für 1908—1910 soll noch in diesem Jahre zur Ausgabe gelangen. Zu der geplanten **Reform des Hebammenwesens** wurde übereinstimmend eine finanzielle Besserstellung der Hebammen, eine strengere Sichtung der Hebammenschülerinnen und eine gründlichere Ausbildung der Hebammen gewünscht. Eine **Reform des Irrenwesens** wurde gleichzeitig mit der notwendigen Revision des Polizeistrafgesetzbuches in Aussicht gestellt und dabei darauf hingewiesen, daß Bayern zuerst in Deutschland einen Pavillon für psychopathische Kinder bei der neuen Irrenanstalt in Haar eingerichtet habe.

Bei dem Kapitel **„Bekämpfung übertragbarer Kranhheiten“** sagte der Minister die Durchführung strengerer Maßnahmen zum Schutze der Arbeiter der Bürstenindustrie gegen Milzbrand zu; den Einwänden gegenüber der Schlußdesinfektion hob Ob.-Reg.-Rat Huber hervor, daß diese nur als Regel angeordnet sei und von ihr Abstand genommen werden könne, wenn es die örtlichen Verhältnisse gestatten, z. B. in Einzelgehöften; auch solle möglichst durch Belehrung auf die freiwillige Erfüllung der Anforderungen hingewirkt werden.

Eine eingehende Erörterung veranlaßte die **Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit,** für die ein Betrag von 50000 Mark in den Etat eingestellt ist. Allseitig wurde die Notwendigkeit dieser Bekämpfung anerkannt, von der linken Seite jedoch die zu geringe Höhe der angeblichen Summe bemängelt. Regierungsseitig wurde zugegeben, daß die Säuglingssterblichkeit in Bayern die größte im Deutschen Reiche sei, daß aber durch die sehr umfangreiche Tätigkeit der Wohlfahrtsvereine, Aerzte, Lehrer, Geistliche usw. eine beträchtliche Besserung eingetreten sei. Jedenfalls sei die Regierung bemüht, auf diesem wichtigen Gebiete günstigere Verhältnisse zu erzielen; außer dem Zuschusse trage sie noch die Kosten der von ihr angeregten Organisation der Säuglingsfürsorge.

Eine vom Landesverband zur **Bekämpfung der Tuberkulose** eingereichte Petition um Gewährung eines Zuschusses von 50000 Mark wurde nach warmer Befürwortung von der linken Seite ebenso wie eine Petition der Vereine zur **Bekämpfung des Alkoholismus** um Gewährung eines Zuschusses zur Errichtung einer Trinkerheilstätte der Regierung zur Würdigung überwiesen. Der Minister des Innern Freiherr von Soden erkannte die Notwendigkeit einer Trinkerheilstätte an und versprach, daß er sich eifrigst bemühen werde, damit im nächsten Jahre ein entsprechender Zuschuß dafür ebenso eingestellt werde wie für die Bekämpfung der Tuberkulose. Er hob dabei die bisherige segensreiche Tätigkeit der Privatwohltätigkeit auf diesen beiden Gebieten hervor und erinnerte daran, daß aus der Jubiläumsspende zum 90. Geburtstage des Prinzregenten von Sr. Königl. Hoheit 500000 Mark für eine Heilstätte für tuberkulöse Kinder bestimmt seien, die demnächst in der Nähe von Scheidegg errichtet werden würde.

Folgen der Impfgegnerschaft. Nach einer Mitteilung der Frankfurter Tageszeitungen ist der dortige bekannte Führer der Impfgegner, Dr. Spohr, von einer aus Rußland zugereisten, an Pocken erkrankten Patientin infiziert und nicht nur er selbst, sondern auch eines seiner Kinder an Pocken erkrankt. Außerdem wurden zwei in der Nachbarschaft wohnende, von ihm behandelte Frauen und der ihn behandelnde Arzt von der Krankheit ergriffen. Spohr war selbst nicht geimpft, das erkrankte Kind vor drei Jahren mit geringem Erfolg. Die Behörde erfuhr erst durch eine anonyme Anzeige von

seiner Erkrankung, da eine Anzeige nicht erstattet war. Die Sanitätsbehörden haben dann sofort alle erforderlichen Maßregeln getroffen, insbesondere für Isolierung der Erkrankten und Verdächtigen gesorgt. Von einem Berichterstatter wird mitgeteilt, daß der zuerst und am schwersten erkrankte Arzt nunmehr seine irrige Ansicht über den Wert des Impfens vollständig geändert habe, was bei diesen bitteren Erfahrungen am eigenen Leibe auch nicht anders zu erwarten war. Hoffentlich öffnet aber dies lehrreiche Beispiel auch noch anderen Impfgegnern die Augen über die große Gesundheitsgefahr, die sie nicht nur für sich selbst, sondern auch für ihre Mitmenschen durch ihre fortgesetzte Bekämpfung des Impfgesetzes hervorrufen.

Die bei der Hundertjahrfeier der Berliner Universität ins Leben gerufene **Kaiser Wilhelm-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften** hat die Errichtung eines **Instituts für experimentelle Therapie** beschlossen, dessen Leitung Geh. Med.-Rat Prof. Dr. v. Wassermann übertragen werden soll.

Die **Geschäftsstelle des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose** befindet sich jetzt in Berlin W., Linkstraße 29 I, Telephonamt Lützow Nr. 7147.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten sind in der Zeit vom 9. bis 29. Juni 1912 erkrankt (gestorben) an: Rückfallfieber, Pest, Cholera, Gelbfieber, Tollwut, Fleckfieber, Aussatz: — (—); Pocken: 3 (—), — (—), —(—); Milzbrand: 3 (1), 4 (—), 5 (1); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 7 (1), 9 (—), 9 (—); Unterleibstyphus: 176 (19), 184 (16), 270 (17); Ruhr: 7 (3), 5 (1), 2 (1); Diphtherie: 1137 (79), 1111 (71), 1048 (62); Scharlach: 1135 (53), 1081 (38), 977 (50); Kindbettfieber: 87 (23), 87 (28), 71 (17); übertragbarer Genickstarre: 6 (2), 4 (1), 5 (2); Fleisch- usw. Vergiftung: 126 (—), 248 (—), 31 (3); spinaler Kinderlähmung: 2 (—), 1 (1), 6 (1); Körnerkrankheit (erkrankt): 391, 266, 239; Tuberkulose (gestorben): 847, 817, 698.

Pest. In Aegypten sind in den Wochen vom 8.—28. Juni an der Pest erkrankt (gestorben): 29 (16), 8 (4) und 61 (35) in Britisch-Indien vom 12. Mai bis 8. Juni: 4157 (3415), 7059 (2648), 1560 (1301) und 1541 (1291); in Hongkong vom 12. bis 1. Juni: 208 (179), 199 (168) und 140 (110).

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. R. in E.: Wer hat bei den Erstimpflingen, wer bei den Wiederimpflingen in öffentlichen Impfterminen die Impfscheine zu schreiben?

Antwort: Siehe Sprechsaal in Nr. 7, Jahrg. 1904 und Nr. 12, Jahrg. 1909, wo diese Frage dahin beantwortet ist, daß das Schreiben der Impfscheine unter die von den Kreisen zu leistende Schreibhilfe fällt.

Anfrage des Kreisarztes Dr. D. in B.: Können Drogisten, wenn sie als Einwicklungspapier reklameartige Anzeigen über Hyproxit, Reichels Santa Hustentee, Reichels Hustentropfen, Benediktol (Benediktiner-Essenz) benutzen und dieses Einwickelpapier auf dem Verkaufstisch frei auslegen, bestraft werden?

Antwort: Ja, falls in dem Bezirk eine Polizeiverordnung besteht, in der die Ankündigung der dem freien Verkauf entzogenen Arzneimittel verboten ist und die betreffenden Mittel als Heilmittel angekündigt werden. Dabei ist jedoch zu bemerken, daß Reichels Hustentropfen in der neueren Rechtsprechung vielfach als Destillate und demzufolge als freigegebene Arzneimittel angesehen werden. Betreffs Benediktol dürfte dasselbe gelten. Wegen der Zusammensetzung von Hyproxit und Benediktol empfiehlt sich eine Rückfrage beim Königl. Polizeipräsidium in Berlin (Min.-Erl. vom 6. Oktober 1907).

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 15. Ausgegeben am 5. August 1912.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,

Regierungs- und Medizinalrat in Minden

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 15.
und Beilage: Berichte aus Versammlungen: Offizieller Bericht des Preussischen Medizinalbeamtenvereins.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: das Prädikat als Professor: dem Privatdozenten Dr. Sigwart in Berlin und dem dirig. Arzt des Krankenhauses des Vaterländischen Frauenvereins Dr. Bertelsmann in Cassel; — der

Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Kreisphysikus a. D. Dr. Berger in Elberfeld, dem dirig. Arzt des Hospitals der Schwestern vom heiligen Kreuz Dr. Arnolds in Düsseldorf, dem Geh. San.-Rat Dr. Hommelsheim in Aachen sowie dem Direktor der Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Bedburg Dr. Flügge; — der Kronenorden III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Dr. Jänicke, Kreisarzt a. D. in Spandau, den Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Witzel, Direktor der chirurgischen Klinik an der Akademie für prakt. Medizin in Düsseldorf, den Geh. San.-Räten Dr. Ferd. Straßmann in Berlin und Dr. Zschiesche, bisher Direktor der Provinzialhebammenlehranstalt in Erfurt sowie dem Marinegeneraloberarzt Dr. Behmer in Wilhelmshaven.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung: des Großkreuzes des Königlich Württembergischen Friedrichsordens: dem Generaloberstabsarzt der Armee Dr. v. Schjerning in Berlin.

Ernannt: Der Privatdozent Dr. Lange, erster Bakteriologe der Königl. Zentralstelle für öffentliche Gesundheitspflege in Dresden, zum Regierungsrat und Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamts; Kreisassistenzarzt Dr. Freitag in Görlitz zum Kreisarzt in Sprottau; prakt. Arzt Dr. Zeißler in Marburg zum Abteilungsvorsteher am Institut für Hygiene und experimentelle Therapie daselbst; der ständige Hülfsarbeiter beim Kaiserl. Gesundheitsamte Dr. Franz in Berlin zum Kaiserl. Regierungsrat der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte; der außerordentliche Professor in der mediz. Fakultät der Universität Bonn Geh. Med.-Rat Dr. Ungar zum ordentlichen Honorarprofessor in derselben Fakultät.

Gestorben: Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Friedrichs in Goldap, Prof. Dr. Unterberger in Königsberg i. Pr., Hortmann in Emmerich a. Rh., Dr. Simon in Franz.-Buchholz bei Berlin, Oberstabsarzt a. D. Dr. Lorentz in Essen a. Ruhr, Oberstabsarzt a. D. Dr. Grasnick in Küstrin, San.-Rat Dr. Langer in Berlin.

Königreich Bayern.

Versetzt: Die Landgerichtsärzte Dr. Kreuz in Frankenthal nach Nürnberg und Dr. Miller in Hof nach Bayreuth.

In den Ruhestand getreten: Med.-Rat Dr. Appel, Bezirksarzt in Straubing, Landgerichtsarzt Dr. Schalkhauser in Augsburg, Bezirksarzt

Stadtassistenzarztstelle.

Bei der Stadtverwaltung Düsseldorf ist die Stelle eines Stadtassistenzarztes wegen Uebertritts des jetzigen Stelleninhabers in den Staatsdienst alsbald neu zu besetzen.

Gehalt 4500 Mark, steigend dreimal nach je 2 Jahren um 500 Mark bis 6000 Mark. Dreimonatige Kündigung. Anstellung mit Beamteneigenschaft. Ausübung von Privatpraxis nicht gestattet.

Bewerber, **welche das Kreisarztexamen bestanden haben oder beabsichtigen, es in nächster Zeit abzulegen,** wollen ihre Gesuche bis zum 15. September 1912 an den Unterzeichneten einreichen.

Persönliche Vorstellung vorläufig nicht erwünscht.

Düsseldorf, den 23. Juli 1912.

Der Oberbürgermeister.

Dr. Dörfler in Weißenburg i. B. unter Verleihung des Titels und Ranges eines Königl. Hofrats, Bezirksarzt Dr. Schmid in Vilshofen (zum 1. September) unter gleichzeitiger Enthebung von der Stelle eines Mitgliedes des Kreismedizinalausschusses in Niederbayern.

Gestorben: Bahnarzt Dr. Gabler in Schwabmünchen, Dr. Ziel in Nürnberg, Dr. Höchtlen, bezirksärztl. Stellvertreter in Blieskastel i. Pfalz.

Königreich Sachsen.

Gestorben: Dr. Loewe in Dresden.

Königreich Württemberg.

Gestorben: San.-Rat Dr. Cleß in Stuttgart.

Grossherzogtum Hessen.

Gestorben: Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Neidhart in Darmstadt.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Friedrichs in Braunschweig.

---

25. Jahrg. **Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE.** 1912.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 15.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Aug.

Unfreiwillige Selbst-Strangulation durch zu engen Hemdkragen.

Von Dr. **Wackers**, Kreisassistenzarzt in Neumark (Westpr.).

Ueber einen Fall aus der Praxis möchte ich kurz berichten, der, an sich schon merkwürdig, einen interessenten Beitrag zu der geltenden Theorie der Strangulationswirkung liefert:

Kürzlich bat mich ein befreundeter Kollege dringend zu einer Konsultation, da einer seiner Krankenhauspatienten plötzlich einen ganz eigenartigen und lebensbedrohlichen Zufall bekommen habe. Der Vorgang war folgender:

Dr. X., 31 J. alt, höherer Verwaltungsbeamter, der vor mehreren Wochen einen Knöchelbruch erlitten hatte und vor der Entlassung aus dem Krankenhause stand, war kurz, nachdem er mit bestem Appetit zu Mittag gegessen hatte, von einem Botenjungen bewußtlos auf dem Sofa sitzend angetroffen worden. Der Kopf war stark vornübergeneigt, das Gesicht blauschwarz und geschwollen, die Nase blutete. Nachdem der Bewußtlose von aller beengenden Kleidung befreit war und der eiligst herbeigerufene Arzt Dr. S. Digalen und Exzitantien angewandt hatte, kehrte allmählich das Bewußtsein wieder. Der Arzt stellte Lungenödem, flatternden Puls, zahllose Hautblutungen im Gesicht, an den oberen Teilen der Arme und des Rumpfes, sowie Blutungen in die Konjunctiven fest.

Bei meiner Ankunft war das Bewußtsein des sehr unruhigen und häufig tief aufatmenden Kranken noch getrübt. Der Puls war klein und betrug 120 in der Minute. Das Herz verhielt sich in jeder Beziehung normal. Das Lungenödem war verschwunden. Das Aussehen des Kranken war durch die schwärz-

liche Verfärbung und die Schwellung des Gesichtes und durch die Hautblutungen in höchstem Maße entstellt.

Als sich das Bewußtsein allmählich aufhellte, gab Dr. X. an, er fühle sich sehr wohl; was mit ihm geschehen sei, wisse er nicht. Nach Tisch habe er in bestem Wohlbefinden auf dem Sofa sitzend gelesen und müsse dabei wohl eingeschlafen sein. Alkoholische Getränke hatte er nicht zu sich genommen.

Meine Ansicht, der sich Herr Kollege S. anschloß, gab ich dahin ab, daß Dr. X., nach dem Einschlafen in sitzender Stellung und Vornüberfallen des Kopfes, durch Druck des Kragenrandes auf die großen Gefäß- und Nervenstämme des Halses das Bewußtsein plötzlich vollkommen verloren hatte und durch den fortdauernden Druck des Stehkragens auf den Kehlkopf und die Zungenbeingegend in heftigsten Luftmangel geraten war. Dem zufälligen Eintreten des Botenjungen hatte er sein Leben zu verdanken.

Die Weite des betr. Stehkragens war fast 2 cm geringer als der Halsumfang des während des Krankenhausaufenthaltes sehr aufgeblühten Patienten. Außerdem waren die flach nach außen umgebogenen Ecken vorzüglich geeignet, nach Art von Pelotten den denkbar kräftigsten Druck auf die großen Halsgefäße auszuüben, ohne besondere Schmerzen oder Verletzungen der Haut zu verursachen. Der Kragen bildete somit ein vortreffliches Strangulationsmittel.

Genickstarre und Meningokokkenträger.

Von Kreisarzt Dr. **R. Thomalla** - Altena - Lüdenscheid.

Im Kreise Altena brach Ende Februar eine kleine Genickstarreepidemie aus, bei der man ganz genau nachzuweisen imstande war, daß, wie schon Kirchner sagt, die gefährlichsten Verbreiter der Genickstarre nicht die an dieser Seuche erkrankten Personen, sondern die Meningokokkenträger sind.

Ende Februar cr. erkrankte in P., woselbst fast jährlich eine Genickstarreepidemie ausbricht, das Kind E. an Genickstarre. Die Diagnose wurde durch klinische Erscheinungen und durch Fund von Meningokokken in der Lumbalflüssigkeit sichergestellt. Das Kind wurde sofort ins Krankenhaus gebracht und starb schon am nächsten Tage. Die Nachforschungen ergaben, daß es sehr viel bei seinem Onkel H. in der Nachbarschaft verkehrte, der dem Kinde sehr gut war und es oft herzte und küßte. Ich bat Prof. B. aus dem Hygienischen Institut Gelsenkirchen, bei diesem Onkel H. und den übrigen Verwandten Rachenschleim zu entnehmen und an Ort und Stelle die Präparate anzufertigen. Bei H. ergab die Untersuchung ein positives Ergebnis, es besteht also kein Zweifel, daß er das Kind angesteckt hatte. — Schon wenige Tage später wurde in demselben Orte ein 65 jähriger Mann J. in das Krankenhaus mit Genickstarre eingeliefert; er starb nach stürmischem Verlauf schon am vierten Tage. Meine Nachforschungen ergaben, daß er mit

einem Kutscher, der geschäftlich viel mit dem vorgenannten H. zu tun hatte, zusammenwohnte und zusammenschlief. Die Entnahme des Rachenschleims durch Vertreter des Hygienischen Instituts G. ergab Meningokokken beim Kutscher. Also der Kutscher hatte sich von H. die Meningokokken geholt und wiederum den alten J., mit dem er im Logis zusammenwohnte, angesteckt. — Fast zu derselben Zeit erkrankte ein Kind St. in dem nahegelegenen N. an Genickstarre und starb nach einiger Zeit; es war dies das einjährige Kind eines Gastwirts, das, wie es so oft in gewöhnlichen Kneipen üblich ist, in der Gaststube herumgetragen und von einzelnen Gästen angesprochen, betastet und mitunter geliebkost wird. Ich wies nach, daß an mehreren Tagen Arbeiter aus P., die Arbeit suchten, in dem Lokale verkehrt und sich mit dem Kinde beschäftigt hatten. Mehrere von diesen Arbeitern hatten auch in P. Arbeit gesucht und mit dem obigen Onkel H., der Werkführer einer Fabrik war, unterhandelt. Leider war es hier nicht möglich, die einzelnen Personen festzustellen, um ihnen Rachenschleim zu entnehmen. Jeder einzelne, den ich deshalb ansprach, leugnete aus Angst vor Isolierung hartnäckig, jemals mit H. zusammen oder in N. gewesen zu sein. Hier kann man also nur mit Wahrscheinlichkeit annehmen, daß H. auf einige oder mehrere Arbeiter, die mit ihm unterhandelten, Meningokokken übertragen hat und diese die Kokken wiederum in N. auf das später erkrankte Kind St. weiterverpflanzten. Deutlicher liegen wieder die folgenden Fälle:

In dem Gasthause in N., in dem das Kind an Genickstarre erkrankte, verkehrte viel der Kapellmeister A. und seine Frau. Grade an dem Tage der Erkrankung des Kindes fand in diesem Lokale eine Musikprobe statt, die A. leitete. Wenige Tage danach erkrankte das Kind des A. an Genickstarre und starb. Untersuchung des Rachenschleims ergab Meningokokken bei der Mutter des Kindes, also der Frau des A., die oft den Proben beiwohnte, also auch mit dem Kinde St. in Berührung gekommen war. Die Mutter hatte danach die Meningokokken auf ihr Kind übertragen.

Zu derselben Zeit erkrankte eine Frau in M. an Genickstarre. Meine Nachforschungen ergaben, daß die erkrankte und später verstorbene Person sehr viel und in herzlicher Weise mit der Putzmacherin G. verkehrte. Der Rachenschleim der G. ergab Meningokokken, also mit ziemlicher Sicherheit kann angenommen werden, daß die Erkrankte von der G. angesteckt worden war. In dem Laden der G. verkehrten aber viele Leute aus allen Gegenden, unter denen sich wahrscheinlich Meningokokkenträger befunden hatten. Einige Zeit später erkrankte Kind B. in P. Die Familie B. wohnte in demselben Hause und verkehrte viel bei Familie E., bei der das erste Kind an Genickstarre erkrankt war. Bei allen war, sofort bei Feststellung der Genickstarre, der Rachenschleim untersucht und negativ befunden worden, nur dieses Kind, das später erkrankte, war uns verheimlicht worden. Ich ließ nochmals den Rachenschleim bei allen Bewohnern des Hauses untersuchen und wir fanden nun bei Frau E. Meningokokken. Frau E. hatte nach dem Tode ihres eigenen Kindes das Kind B. sehr geliebt, auch geherzt und geküßt. Wahrscheinlich ist nun, daß die Frau E. von ihrem eigenen Kinde die Meningokokken aufgenommen hatte, die, was öfters vorkommt, im Rachenschleim damals nicht gefunden wurden, und daß Frau E. später die Meningokokken auf Kind B. übertragen hatte. Möglich ist aber auch, daß das Kind B., das sich während der Krankheit des Kindes E. im Krankenzimmer viel aufgehalten haben soll, sich schon vorher mit Menningokokken während der Krankheit des Kindes E. infiziert

hatte, und daß dieses Kind die Meningokokken auf Frau E. übertragen hatte. Mit ziemlicher Sicherheit ist das eine oder andere anzunehmen.

Diese Tatsachen sprechen außerordentlich für Kirchners Ansicht, daß die gefährlichsten, wenn auch nicht alleinigen Weiterverbreiter der Genickstarre die Meningokokkenträger sind. — Daß es mir gelang, innerhalb 5 Wochen diese so drohend an drei Orten plötzlich beginnende Epidemie zu unterdrücken, habe ich auch nur dem Umstand zu verdanken, daß es mir möglich war, die Meningokokkenträger vollkommen zu isolieren. Ich ließ nicht nur den Rachenschleim der Angehörigen der Patienten, sondern auch der Arbeitskollegen untersuchen; unter 102 Untersuchten wurden 8 Meningokokkenträger gefunden. Hiervon ließen sich 4 sofort in das Krankenhaus aufnehmen und blieben darin, bis sie von den Kokken befreit waren. Zwei andere kamen erst später ins Krankenhaus und blieben nur vorübergehend, da sie zuhause unentbehrlich waren, doch blieben sie von anderen abgeschieden, so daß sie nicht gefährlich werden konnten. Zwei andere endlich waren überhaupt nicht zu bewegen in das Krankenhaus zu gehen; sie wurden aber von den anderen abgesondert und derart über ihr Verhalten belehrt, daß von ihnen aus keine Weiterverbreitung erfolgte. Alle Meningokokkenträger bis auf einen wurden von der Arbeit so lange ferngehalten, als ihr Schleim Meningokokken ergab. Der eine, der schon genannte Onkel H., war als Werkmeister, wie mir der Fabrikant versicherte, unentbehrlich; er ging daher auch weiter in die Fabrik, trug aber andauernd eine Maske und beobachtete streng alle Vorschriften, die ich ihm gab.

Frägt man nun, wie es mir möglich war, alle Verdächtigen zu isolieren, so ist die erste und wichtigste Antwort die, daß mir genügend Geldmittel zugebote standen. Von vornherein erklärte ich jeden Meningokokkenträger der Kasse gegenüber für krank, so daß er Krankenhausverpflegung bezw. Krankengeld erhielt; außerdem versprach ich jedem, die Auszahlung desjenigen Betrages, der nach Empfang des Krankengeldes noch zu seinem vollen Tagesverdienst fehlte. Diejenigen aber, die sich in das Krankenhaus aufnehmen ließen, erhielten neben freier Behandlung und Verpflegung im Krankenhause noch ihren vollen Tagesverdienst ausgezahlt. Dieses Versprechen konnte ich den Leuten aus folgenden Gründen geben. Erstens hatten sich einige wohlhabende Fabrikanten verpflichtet, allen denjenigen ihrer Arbeiter, die auf meine Anordnung hin von der Arbeit fernblieben, ihren vollen Tagesverdienst solange auszuzahlen, bis ich ihren Wiedereintritt in die Arbeit gestattete. Diese Freigiebigkeit konnte ich aber bei kleineren und wenig gut situierten Fabrikanten nicht verlangen, infolgedessen suchte ich die amtlichen Organe, besonders den Landrat dafür zu gewinnen. Nachdem die Amtmänner bezw. Bürgermeister mir eine ausgiebige pekuniäre Unterstützung zugesagt, erklärte mir der Landrat, daß für das etwa noch fehlende Geld der Kreis

aufkomme, ich also jedem einzelnen auch weiterhin seinen vollen Tagesverdienst zusichern könne. Nunmehr hielt ich nicht nur die Meningokokkenträger, sondern alle stark Verdächtigen, denen Rachenschleim entnommen wurde, so lange der Arbeit fern, bis die Untersuchung ein negatives Resultat ergeben hatte. In einem Falle, in dem ich diese Vorsicht gebrauchte, die Person auch vor naher Berührung mit ihrem Kinde gewarnt hatte, ergab die Untersuchung wirklich ein positives Resultat. Dieser eine Fall entschädigte mich daher für eine Reihe anderer, die ich vorsichtshalber ebenfalls von der Arbeit zurückgehalten hatte, bei denen aber die Untersuchung des Rachenschleims ein negatives Ergebnis hatte. Hierbei ist zu bemerken, daß die Isolierung nur drei Tage dauerte, da das negative Ergebnis während dieser Zeit festgestellt wurde, und ich sofort nach dieser Feststellung von Gelsenkirchen telephonisch benachrichtigt wurde.

Nun steht aber nicht jedem Kreisarzt ein Landrat zur Seite, der so viel Verständnis für die bei Seuchenbekämpfung zu treffenden Maßnahmen besitzt. Ohne obiges strikte Versprechen des Landrats hätte ich aber so feste Zusicherungen den Arbeitern nicht geben können. Ein „wenn“ oder „aber“ hätte aber alle stutzig gemacht; es wäre mir dann auch keinesfalls gelungen, in ca. 5 Wochen die beginnende Epidemie zu unterdrücken. — Daher muß Fürsorge getroffen werden, daß jedem Kreisarzt beim Auftreten von Epidemien genügend Gelder zur Isolierung Verdächtiger, die entschädigt werden müssen, zur Verfügung stehen, da wir eine Genickstarreepidemie nur unterdrücken bezw. wirksam bekämpfen können, wenn es uns gelingt, die Meningokokkenträger unschädlich zu machen. Daß der Staat diese ungezählten Millionen, die hierzu alljährlich nötig wären, nicht aufbringen kann, ist so selbstverständlich und von Kirchner so deutlich nachgewiesen, daß es völlig überflüssig wäre, darüber auch nur ein Wort zu verlieren. Hier tut Selbsthilfe not. Es muß ein Quarantänefonds oder eine Quarantänekasse geschaffen werden, aus dem nicht nur die Meningokokkenträger, sondern auch Typhusbazillenträger und andere Personen, die aus Allgemeininteresse isoliert oder von der Arbeit ferngehalten werden, ihren üblichen Tageslohn erhalten.

Jeder Arbeiter müßte monatlich 5 Pf. und jeder Arbeitgeber für jeden seiner Arbeiter ebenfalls monatlich 5 Pfg. einzahlen. Wird bei 20000 derartig Versicherten in einem Kreise ein Jahr lang gesammelt, so hat man 24000 M. erspart, von denen nach Abrechnung der Verwaltungskosten ungefähr 20000 Mark verbleiben. Bedenkt man nun, daß derartige Epidemien doch nicht alle Jahre und nicht über den ganzen Kreis verbreitet, sondern nur an einzelnen Orten des Kreises auftreten, so läßt es sich leicht nachweisen, daß bei obiger Einzahlung zur Isolierung der Arbeiter das nötige Kapital stets vorhanden sein würde, um jedem Isolierten seinen vollen Tagesverdienst

als Unterstützung zukommenzulassen. Gleichzeitig würde diese Unterstützung auch den Anschein eines Almosens verlieren, der Arbeiter hätte eine gewisse Berechtigung dazu, sie zu verlangen. — So schön dieser Vorschlag aber auch klingen mag, so schwer ist er durchführbar, weil uns jede gesetzliche Handhabe fehlt und freiwillig die Arbeiter nur schwerlich sich in größerer Anzahl zum Eintritt in die Kasse bereit erklären würden. Darin aber läge der Wert dieser Quarantänekassen, daß die Arbeiter mitbezahlen, daß sie also zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten ein kleines Opfer bringen, somit in ihnen das Interesse hierfür erregt würde, daß die Arbeiter über das Wesen der Infektionskrankheiten nachdenken und nachlesen und die verworrenen Begriffe, die sie bis jetzt darüber haben, ablegen würden. Es wäre sehr zu wünschen, daß vielleicht in unserem Krankenkassengesetz hierfür neue Bestimmungen aufgenommen würden, so daß es dadurch ermöglicht würde, in Verbindung mit den Krankenkassen überall einen Quarantänefonds zu schaffen. Denn, obgleich ich nicht nur bei Behörden und Arbeitgebern, sondern auch bei den einflußreichen Arbeitersekretären größtmöglichstes Verständnis und Entgegenkommen fand, sah ich doch die bevorstehenden Schwierigkeiten zur Bildung einer Quarantänekasse ein; ich war daher sehr erfreut als mir ein Quarantänefonds auf andere Weise geboten wurde. Der Landrat des Kreises Altena und der Erste Bürgermeister der Stadt Lüdenscheid boten mir nämlich nach erfolgter Rücksprache an, die zur dauernden Bekämpfung der Genickstarre nötige Summe zur Verfügung zu stellen. Ich beantragte nunmehr im ganzen 20000 Mark von dem Kreisausschuß Altena und dem Magistrat Lüdenscheid zusammen, deren Bewilligung außer Frage steht. Diese mir zur Verfügung gestellte Summe will ich nicht nur zur Isolierung von Meningokokkenträgern, sondern auch zur Internierung von Typhusbazillenträgern in Krankenhäuser benutzen, indem ich auch diesen während ihres Aufenthalts im Krankenhause den vollen Tagesverdienst zusichere. Die Isolierung der letzteren in einem Krankenhause braucht nur zwei bis drei Tage zu dauern, bis jeder gelernt hat, seine Exkremente richtig zu behandeln, seine Hände vorschriftsmäßig zu desinfizieren und alle sonstigen Vorsichtsmaßregeln zu beobachten. Endlich sollen aus diesem Fonds noch die Kosten der Wohnungsdesinfektion bei Unbemittelten bestritten werden. Auf diese Weise können in nicht zu ferner Zeit nicht nur die Genickstarre, sondern auch viele andere Infektionskrankheiten mit Erfolg bekämpft und Epidemien im Entstehen unterdrückt werden.

Gehen wir nun zu der Isolierung der Meningokokkenträger selbst über, so muß erwähnt werden, daß bisher ein großer Fehler dadurch gemacht wurde, daß man diese Personen zwar im Krankenhause internierte, aber sie vielfach gar nicht behandelte. Damit wird man aber das Volk immer unzufrieden

machen, weil es, wenn es sich einmal im Krankenhause befindet, auch behandelt werden will. Ich ordnete bei allen Meningokokkenträgern Behandlung mit Aether an. Ich ließ täglich 8—10 mal mit gewöhnlichem Aether sulf. den ganzen Rachenraum ausgiebig bespritzen. Um zu wissen, ob diese Prozedur sehr unangenehm wirkt, hatte ich es vorerst an mir selbst probiert. Wenn ich auch zugebe, daß das Befeuchten des Gaumens mit Sekt angenehmer wirkt, so kann ich doch erklären, daß man mit einigem guten Willen diese Unannehmlichkeit leicht ertragen kann. Es entsteht erst ein starkes Kältegefühl, das bald einem gewissen Hitze- und Trockengefühl weicht. Ich war in der Lage bei vier Patienten vom ersten Tage des Befundes ununterbrochen diese Behandlung vornehmen zu lassen. Bei zwei dieser Kokkenträger waren die Meningokokken am achten, bei zwei am neunten Tage verschwunden. Einer davon weigerte sich, sich später noch einmal untersuchen zu lassen, bei den anderen drei, bei denen der Rachenschleim nach 4 bezw. 7 Wochen untersucht wurde, war auch dann wieder das Resultat ein negatives. Die übrigen vier Kokkenträger wurden unregelmäßig behandelt. Die eine Person war anfangs widerspenstig, eine zweite arbeitete mit Maske und ließ sich also nur täglich 2—3 mal Aether einspritzen. Zwei andere waren unzuverlässig; es wurde daher bei ihnen unregelmäßig eingespritzt. Bei diesen Personen hat es 8—10 Wochen gedauert, bis die Meningokokken beseitigt waren; eine von diesen vier weigerte die weitere Untersuchung, über sie kann also ein Urteil nicht abgegeben werden. — Fragen wir uns nun, auf welche Weise der Aether auf die Meningokokken einwirken könnte, so glaube ich eine zweifache Einwirkung annehmen zu können. Erstens entsteht wenige Minuten nach der Einspritzung, sobald das Kältegefühl schwindet, eine starke Hyperämie in der Rachenschleimhaut, die vernichtend auf die Kokken einwirken kann, zweitens wird durch den Aether eine Gerinnung des Eiweiß bewirkt, wodurch die Meningokokken eingekapselt werden können. Da ich keine Gelegenheit hatte, um in dieser Beziehung zuverlässige Proben anzustellen, vor allen Dingen nicht in der Lage war, wenigstens alle Wochen einmal den Rachenschleim der Meningokokkenträger untersuchen zu lassen, so habe ich den Herren Professoren Gaffky, v. Wassermann und Jochmann meine Erfahrungen mitgeteilt und sie gebeten, dieselben nachzuprüfen. Dies wurde mir in bereitwilligster Weise zugesagt; die Beobachtungen werden, sobald Material vorhanden ist, in dem Institut für Infektionskrankheiten in Berlin durchgeführt werden. Sollte die dortige Beobachtung ergeben, daß meine Aetherbehandlung ein Radikalmittel gegen die Meningokokken im Rachenschleim wäre, so hätten wir eine einfache, leicht durchführbare, unschädliche Behandlung gefunden. Aber selbst dann, wenn eine radikale Beseitigung sich nicht in allen Fällen erzielen läßt, würde es sich trotzdem empfehlen, diese Aetherbehandlung überall einzuführen, da die überraschenden Erfolge, die wir bei

den obigen vier andauernd behandelten Fällen erzielten, doch unmöglich ganz auf einem Zufall beruhen können.

Wären wir aber einmal so weit, die Meningokokkenträger von ihren Infektionserregern schnell und dauernd befreien zu können, so hätten wir den wichtigsten Schritt zur Bekämpfung der Genickstarre getan, es würde dann nur noch die Frage aufzuwerfen sein, ob es nicht möglich wäre, den Prozentsatz der Sterblichkeit bei den von ihr ergriffenen herabzudrücken.

Meiner Ansicht nach gibt es hierfür nur ein Mittel: das ist die möglichst frühzeitige Anwendung des Genickstarreserums. Wenn irgendmöglich muß dasselbe binnen 24 Stunden nach Ausbruch der Krankheit injiziert werden. Das Genickstarreserum verdirbt aber bekanntlich nach Verlauf von 2—3 Monaten. Wir können daher von den Apothekern nicht verlangen, daß sie, wenn ein Jahr lang an ihrem Orte keine Genickstarre ausbricht, 20—30 Fläschchen als unbrauchbar vernichten. Anderseits dauert es an abgelegenen Orten bei Aufgabe einer Depesche immerhin ca. 2—3 Tage, bis das Serum aus der Fabrik eintrifft. Diesen Uebelstand wollte ich hier beseitigen, und der Landrat ist bereitwilligst meinem Wunsche in folgender Weise entgegengekommen. Es werden zwei Fläschchen Genickstarreserum auf Kosten des Kreises angeschafft, beim Kreisarzt deponiert und allgemein bekannt gemacht, daß nach Ausbruch einer Genickstarreerkrankung das Serum durch einen Boten sofort von dem Kreisarzt geholt werden kann. Bis zum Verbrauch dieser beiden Fläschchen können telegraphisch weitere und eventuell größere Quantitäten bestellt werden. Bricht nun längere Zeit keine Genickstarre aus, so wird das Serum ca. alle 2 Monate vernichtet und durch neues ersetzt. Der Kreis würde nichts sehnlicher wünschen, als andauernd das Serum vernichten zu müssen, und würde gern die geringen Kosten dafür tragen, wenn er keinen Fall von Genickstarre mehr erlebte.

Geht man in dieser oder ähnlicher Weise gegen die Genickstarre vor, so wird es in absehbarer Zeit gelingen, auch diese Seuche, wenn auch nicht bald auszurotten, so doch wenigstens stark einzudämmen. Vor allem aber würde man auch bei der Genickstarre, wenn einmal genügende Geldmittel vorhanden wären, dahin gelangen, die Absonderung der Meningokokenträger nicht nur empfehlen, sondern im Allgemeininteresse fordern zu dürfen; denn es ist wohl anzunehmen, daß der Gesetzgeber von einer zwangsweisen Absonderung der Meningokokkenträger nur deshalb abgesehen hat, weil damals keine Aussicht vorhanden war, die erforderlichen Geldmittel aufzubringen.

Die Reichsversicherung und ihre Einwirkung auf das Apothekerwesen.

Von Dr. A. Springfeld, Reg.- u. Geh. Med.-Rat in Osnabrück.

(Schluß.)

II.

Wir haben gesehen, wie schwierig es ist, bei gemischtem gewerblichen System das Anwachsen der Idealwerte in den verkäuflichen Konzessionen zu verhindern, während das System der Niederlassungsfreiheit ebenso wie das der Personalkonzession oder die Staatsapotheke diese Aufgabe spielend lösen bezw. gar nicht aufkommen lassen, und müssen uns daher die Frage vorlegen, ob es nicht zweckmäßiger ist, anstatt des bisherigen mühseligen, und doch am Ende unzulänglichen Systems eins dieser anderen gewerblichen Systeme oder die Staatsapotheke allgemein einzuführen.

Die Geschichte lehrt uns, daß dahinzielende Reformversuche daran gescheitert sind, daß man die entstandenen Idealwerte nicht zu beseitigen vermochte. In den Jahren 1810/11 versuchte man vergeblich brevi manu die Privilegien für aufgehoben zu erklären, im Jahre 1842 die seit 1811 ersessenen Realkonzessionen. In den Jahren 1845—1894 sanktionierte man sogar die Verkäuflichkeit der seit dem Jahre 1811 herausgegebenen Konzessionen. Im Jahre 1877 erklärte das Reichskanzleramt die Beseitigung für unmöglich; die Pistorsche Reichsreform endlich scheiterte, weil sie die Realkonzessionen nach einer Uebergangsfrist von 25 Jahren ohne Entschädigung aufgehoben wissen wollte.

Wir werden also damit rechnen müssen, daß ohne Bezahlung der 400 Millionen Schuldenwerte an eine Reform nicht zu denken ist. Die Worte der Denkschrift des Reichskanzleramts des Jahres 1877 gelten eben auch heute noch: „Die Aufhebung der Verkäuflichkeit der Privilegien und Realkonzessionen ist mit so gewaltiger Erschütterung der wirtschaftlichen Verhältnisse weiter Kreise, mit einer so tiefgehenden Verletzung des Rechtsgefühls und einer Abwendung des Mittelstandes in kleinen Städten von der Politik der Regierung verbunden, daß man nicht ohne zwingende Notwendigkeit einen derartigen Schritt unternehmen darf.“

Ob sich jemand innerhalb des Apothekerstandes oder außerhalb findet, der diese Millionen als Gesamtschuldner übernimmt, hängt zunächst ab von dem System, das man einführen will, seinem Wert für die Arzneiversorgung, für politische Ziele des Staates, für den Apothekerstand und dessen Nachwuchs; denn dieser jemand wird eine so gewaltige Schuld nur dann auf sich nehmen, wenn er Vorteil davon hat.

Von den genannten Systemen wird keines der Kosten des Ablösungsverfahrens für so wenig wert erachtet, als das der

unveräußerlichen Personalkonzession. Wie ist man zu so weitgehender Beschränkung der Zulassung zum pharmazeutischen Gewerbe eigentlich gekommen? Daß man allgemein Bildung und technische Vorkenntnisse von Angehörigen eines Gewerbes schon frühzeitig verlangte, von dessen gewissenhaften Ausübung die Erfolge der ärztlichen Kunst, Leben und Gesundheit der Bevölkerung abhängen, daß man die Anforderungen an die Vorbildung den Fortschritten der Wissenschaft entsprechend wiederholt steigerte und noch weiter steigern will, kann man verstehen, allein die weitere Beschränkung durch Gewerbescheine, Konzessionen versteht man nur aus der geschichtlichen Entwicklung, wenn man bedenkt, daß diese auch in ihrer unveräußerlichen Gestalt nichts weiter sind als verkrüppelte Privilegien. Anfangs führte man die Privilegienwirtschaft ein, um den mangelnden Zudrang zum Beruf der Pharmazeuten zu heben, später um aus den Privilegien Geld für den Staats- und Gemeindesäckel herauszuschlagen, endlich um den Zudrang zum Beruf einzudämmen: dieweil „die zu große Konkurrenz der getreuen Ausübung der Kunst schädlich sei.“ Nachdem man sich überzeugt, daß der Handel mit Privilegien zur Verschuldung und Unzuverlässigkeit der Besitzer und zum Raubbau geführt hatte, setzte man im Jahre 1811 an die Stelle der Privilegien den unverkäuflichen Gewerbeschein und motivierte bis zum heutigen Tage die Beschränkung damit, daß eine zu große Konkurrenz die Einnahmen des Einzelnen vermindere und ihn unzuverlässig mache; dies sei um so bedenklicher, als das Publikum den Apotheker schwer kontrollieren könne und der Gefahr der Vergiftung ausgesetzt sei. Diese Begründung mag für das Jahr 1811 zutreffen: Man stand unter der Angst vor Vergiftungen wie heute unter der Angst vor Ansteckungen; das gewerbliche Leben zeigte noch nicht den reellen Charakter unserer Tage, der Stand der Chemie ließ eine genaue Kontrolle der Apotheker noch nicht zu und die Anforderungen an die Vorbildung der Apotheker waren recht mäßig. Wenn aber heute jemand im Parlamente die bestehende Niederlassungsfreiheit durch die Personalkonzession mit der Motivierung ersetzen wollte: „Wenn der Apotheker nicht sehr reiche Einnahmen hat, wird er unzuverlässig,“ so würde er Empörung auf der einen Seite, Heiterkeit auf der anderen auslösen. Aerzte, Rechtsanwälte, Nahrungsmittelhändler, vor allem aber die pharmazeutisch-chemische Großindustrie müßte man ja wieder demselben Limitierungsprinzip unterwerfen wie früher; man ist aber doch davon abgekommen, ohne es bereut zu haben. Gegen Betrügereien schützen Bildung, Approbation, Sitte, Kontrolle der Nachbarn, Revisionen, Strafgesetz, Ehrengerichtsbarkeit, die man beliebig erhöhen bezw. verschärfen kann, und die Neigung zum Betrug hat zur Mutter ebenso oft die Gewinnsucht wie die Armut. Damit wäre dem Antrage eigentlich schon der Hals gebrochen. Es kommt aber noch hinzu, daß dem Prinzip unleugbare, offensichtliche Schäden anhaften. Das,

was man dem System der Privilegien immer vorwirft, die Besitzer würden gezwungen zur Unzuverlässigkeit und zum Raubbau, ist für die Geschäfte aller gewerblichen Systeme zutreffend, sobald sie mit schwankender Bilanz wirtschaften, am meisten aber wohl bei den unverkäuflichen Geschäften der Personalkonzessionare. Die kleineren derartigen Geschäfte unter 10000 Mark Umsatz zwingen auch den nicht gewinnsüchtigen Besitzer zum Raubbau; denn in ihnen sind die Reliktenversorgung und die Krankheits- und Altersversorgung so minimal, daß der Besitzer alle Ausgaben sparen und mit allen möglichen Dingen Handel treiben muß, um wenigstens etwas zu haben für die Zeiten der Not und zur Ausstattung und Erziehung der Kinder. In den größeren Geschäften ist dies Bedürfnis weniger dringend, denn hier trägt das Geschäft einen Gehilfen oder Verwalter; allein, da der Besitzer erst mit 50 Jahren in den Genuß der Einnahmen gelangt, muß auch er zu sparen suchen. Allüberall regt sich in jedem Menschen der Erwerbssinn, und unzerstörbar steckt in ihm die Neigung, für seine Kinder noch über den Tod hinaus zu sorgen und ihnen etwas zu hinterlassen. Da der Konzessionar aber sein Geschäft nicht vererben darf, so wird er eben Raubbau treiben, so weit die Behörde es zuläßt. Daß die Aufhebung des Eigentumes einen zufriedenen Stand schafft, wird man nicht zu behaupten wagen; im besten Falle entsteht so ein Stand von satten, aller Initiative baren, politisch abhängigen Staatspfründnern. Apotheken kann man unter diesem System nicht mehr kaufen. Der Anwärter, der auf den Tod der Konzessionsinhaber, deren Ehefrauen, bezw. auf Herausgabe einer neuen Konzession warten muß, kommt erst mit 50 Jahren zur Selbständigkeit. Die Söhne reicher Häuser werden abgeschreckt, und damit das Kapital. Der Zudrang zum Beruf läßt nach, dadurch und durch Abspringen zahlreicher Anwärter vom Beruf entstehen periodisch Gehilfenmangel, Gehilfenteuerung. Der Apotheker ohne Kapital und Kredit, an die Scholle gefesselt, an eine einzige Betriebsstätte gebunden, kann mit den Drogisten auf die Dauer nicht konkurrieren. Auf dem Lande ist die Gründung neuer Apotheken ohne Unterstützung der Gemeinde nicht möglich. Beim gemischten System hat die Personalkonzession außerdem noch den Nachteil, daß sie die Preise der verkäuflichen Apotheken erhöht und die Möglichkeit einer vernünftigen, einheitlichen Taxe beseitigt, die jetzt für die Privilegienbesitzer zu niedrig und für die Personalkonzessionare zu hoch ist.

Daß dieses System weder die Privilegienbesitzer zur Selbstablösung reizt, noch Staat, Provinz oder Kommunen zur Hergabe von 400 Millionen, ist verständlich.

Von keiner Seite wird bestritten, daß das Gewerbesystem der Niederlassungsfreiheit qualifizierter Personen allen berechtigten Ansprüchen genügt und von allen gewerblichen Systemen die geringsten Schäden aufweist. Die Erläuterungen zum Reichsgesetzentwurf besagen indessen: „Der in einer Reihe

von ausländischen Staaten geltenden Niederlassungsfreiheit wird in Deuschtland von keiner Seite das Wort geredet. Sie würde durch die Eröffnung unbegrenzter Konkurrenz auch nur zur Verschlechterung unseres Apothekenwesens führen können und durch unnatürliches Zusammendrängen der Apotheken in den größeren Städten die Arzneiversorgung auf dem Lande leicht gefährden." Das ist die Weisheit der revidierten Apothekerordnung vom Jahre 1811, daß eine zu große Konkurrenz der getreuen Ausübung der Kunst hinderlich sei. Bei anderen Gewerben hat sich dagegen die Konkurrenz als mächtiger Hebel für die Entwicklung und den Fortschritt erwiesen, und man geht in der Behauptung sogar nicht zu weit, daß die Einschnürung in das Konzessionssystem die deutsche Apotheke gehindert hat, an dem wunderbaren Aufschwunge von Handel und Industrie in den letzten Jahrzehnten entsprechend teilzunehmen. Die Arzneiversorgung auf dem Lande ist unter dem gemischten System und dem der Personalkonzession wie oben ausgeführt — ohne Unterstützung der Gemeinde nicht leichter wie bei der Niederlassungsfreiheit. Der Hauptvorteil des Systems besteht aber darin, daß bei ihm Preise, Apotheken- und Apothekerzahl sich automatisch regulieren, während bei der Personalkonzession die Bureaukratie als künstlicher Regulator auftritt.

Dieses System, das in Frankreich, England und Italien herrscht, wäre m. E. die Kosten einer Selbstablösung wert; es würde auch erwägenswert sein, ob nicht der Staat, um es einführen zu können, den gegenwärtigen und zukünftigen Besitzern eine Selbstablösung mit Hilfe einer Reingewinnsteuer oder, wie dies von anderer Seite vorgeschlagen ist, Rezeptsteuer auferlegen müßte. Immerhin würde aber der Staat auf einmal die 400 Millionen Schulden übernehmen müssen, ohne daß er einen anderen Vorteil hätte als denjenigen, ein freies Gewerbe geschaffen und saniert zu haben; dafür ist dem heutigen Staate jedoch der Einsatz von 400 Millionen zu hoch.

Die Staats-, Kommunal- oder Provinzialapotheke ist mit und ohne gewerblichen Charakter denkbar. Haben der Staat oder die Gemeinden das Recht, ihre Apotheken zu verpachten, so „könnten infolge des Wettbewerbers um die Pachtungen und der dadurch bewirkten Steigerung der Pachtpreise leicht diejenigen Mißstände sich wieder einstellen, die aus den hohen Kaufpreisen der Apotheken bei dem System der veräußerlichen Realkonzessionen sich bisher ergeben haben" (besagen die Erläuterungen zum Reichsapothekengesetzentwurf). Dies ist völlig zutreffend und die Bahnhofswirtschaften zeigen die Richtigkeit dieser Behauptung alle Tage. Ueber die nicht gewerbliche Staatsapotheke schreiben die Erläuterungen:

„Sie dürfte, so große Vorzüge sie in mancher Beziehung aufzuweisen hätte, schon durch die dazu erforderlichen hohen finanziellen Aufwendungen unüberwindlichen Schwierigkeiten begegnen. Es kommt hinzu, daß mit der Verstaatlichung oder Kommunalisierung des Apothekenswesens der Apotheker-

stand seinen Charakter als selbständiger Gewerbetreibender, dessen Erhaltung vom Standpunkt einer gesunden Mittelstandspolitik nur zu wünschen ist, verlieren würde."

Die politischen Bedenken treffen auf die Staatsapotheke sicherlich voll zu, weniger auf die Provinzial- und Kommunalapotheken, weil die Provinzial- und Kommunalbeamten sich überall einer beneidenswerten Unabhängigkeit erfreuen. Die Bedenken könnten aber, selbst wenn sie allgemein zuträfen, gegenüber den Vorteilen, welche die Beseitigung des gewerblichen Charakters und die Zentralisierung des Betriebes gegenüber allen anderen Systemen bietet, kaum in die Wagschale fallen. Die Hautvorteile der nicht gewerblichen Apotheke bestehen in der Unabhängigkeit ihrer Betriebsleistungen von den Schwankungen der Geschäftsbilanz, in der schärferen und wirksameren Ueberwachung der Arbeiten, in der Verbilligung des Betriebes und der Arzneien, gerechteren Vorsorgung des Nachwuchses, besseren zeitlichen und räumlichen Verteilung der Apotheken, leichteren Regelung der Drogistenfrage.

Wenn jede Provinz oder der Verband der Städte über 200000 Einwohner sich eine Fabrik pharmazeutisch-chemischer Präparate errichtet und mit anderen Fabriken Lieferungs- und Einkaufsverträge abschließt, würde die Produktion und der Einkauf der Arzneimittel um mehr als 200 % verbilligt werden; außerdem kämen an den Abgabestellen, in den kleineren Apotheken alle Räume, Apparate, Personen in Wegfall, die der Einzelproduktion dienen. Die heutige Taxe muß auf eine Zinsenlast der Besitzer von 20 Millionen zugeschnitten werden; übernehmen die genannten kommunalen Körperschaften die Apotheken, so brauchen sie nur 16 Millionen Zinsen bezahlen, da sie das Geld um soviel billiger bekommen. Die heutige, auf den Reingewinn verschuldeter Apotheken zugeschnittene Taxe ist für unverschuldete Geschäfte mit gleicher Konsumentenzahl und gleichem Arzneikonsum viel zu hoch. Die neuen, unverkäuflichen Apotheken werden daher bei normaler, aber ausreichender Honorierung ihrer Leiter Ueberschüsse in beträchtlicher Höhe abwerfen. Eine verschuldete Apotheke mit M. 25000 Umsatz würde als Provinzialapotheke in einer Stadt von 8000 Einwohner folgende Bilanz haben:

	später:	bisher:
1. Sächliche Ausgaben.		
A) Waren = 15 % Umsatz	= 3750	33/100 = 8300
B) Schulden 3/100 200000	= 6000	5/100 = 10000
C) Heizung, Beleuchtung, Reinigung	= 1000	= 1000
2. Persönliche Ausgaben.		
A) Leiter	= 7200	— —
B) 1 Gehilfe	= 2400	= 2400
Ueberschuß	25000—20350 = 4650	25000—21700 = 3300 Gehalt des Leiters.

Die Apotheke der Provinz arbeitet also um 7200 — 3300 + 4650 = 8650 M. billiger, als die privilegierte verschuldete Apotheke und kann daher in kurzer Frist die Schulden amor-

tisieren. Ist die Apotheke unverschuldet, so stellt sich die Bilanz in kommunaler Verwaltung wie folgt:

Persönliche Ausgaben		9600
Sächliche:	Waren	3750
	Varia	1000
	Wohnung	1500
Verzinsung der Einrichtung		500
	Sa.:	16350 Ueberschuß: 8650

In einer Stadt von 8000 Einwohner mit je einer verschuldeten und unverschuldeten Apotheke, à 25000 M. Umsatz, würden die beiden Kommunalapotheken somit M. 4650 + 8650 = 13300 M. Ueberschuß erzielen, und wenn sich infolge der Reichsversicherungsordnung der Umsatz um je 5000 M. erhöht, so betragen die Ueberschüsse 8900 + 12900 = 21800 M. excl. regulärer Verzinsung des Anlegekapitales. Die Stadt könnte somit im ersten Jahre 10%, später mehr amortisieren und hätte nach Ablauf von ca. 10 Jahren bereits M. 25000 Ueberschuß, könnte also dann auch die Taxe um die Hälfte erniedrigen. In größeren Städten mit mehr als 200000 Einwohnern mit einem Zentrallaboratorium und Zentraldepot, im westfälischen Industriegebiet mit eigenem Zentrallaboratorium, sind die Vorteile für die Kommunen und die Kassen noch viel gewaltiger, da die Betriebskosten sich durch bauliche Vereinfachung der Apotheken weiter herabsetzen ließen. Man mag an den einzelnen Ziffern herummäkeln, soviel man will, die Tatsache wird nicht geleugnet werden können, daß der kommunale Großbetrieb erheblich billiger arbeiten und die Arzneien liefern kann, als die heutige gewerbliche und verschuldete Apotheke.

Besitzer und Nachwuchs werden sich als Provinzial- und Kommunalbeamte besser stehen, denn als Gewerbetreibende. Der verschuldete Apotheker kommt aus der Zinsennot heraus und erhält das Doppelte mehr an Gehalt, als er jetzt Reingewinn hat; er kann allerdings nicht mehr an dem Geschäft durch Verkauf verdienen. Der Personalkonzessionar wird sich in seinen Einnahmen weder verschlechtern noch verbessern, verschlechtern nur da, wo man zu wenig Apotheken gegründet hat. Die Gehilfen, gleichgiltig ob arme oder reiche, kommen eher zur Selbstständigkeit als unter jedem anderen System, da für eine Beschleunigung des Wechsels in der Leitung der vorhandenen Apotheken das Pensionsgesetz sorgt; ihr Einkommen ist fest geregelt und steigend, von einer Minimalgrenze an bis zum Höchstgehalt der Räte IV. Klasse. Die Möglichkeit des Aufstieges ist für den armen Ehrgeizigen leichter gegeben, als unter dem gewerblichen System; in den Zentrallaboratorien findet der wissenschaftliche Kopf Gelegenheit, seine und des Standes Ansehen durch gelehrte Arbeiten zu vermehren. Daß ein Stand kräftiger blühen wird, dem das Großkapital der Provinzen zur Verfügung steht, als ein verschuldeter gewerblicher, bedarf wohl keines Beweises. Die Arbeiten werden in den Apotheken kor-

rekter ausgeführt werden als bislang, weil anstelle der heutigen seltenen Scheinrevisionen, die häufige gründliche Revision durch den Arzneiinspektor treten und von ihrem Ausfall, sowie von dem Berichte der Leiter der Dispensieranstalt das Fortkommen des Dispensators abhängen wird. Die Arzneiversorgung entlegener und armer Gegenden macht keine Schwierigkeiten, da die dafür erforderlichen Zuschüsse aus den Ueberschüssen reicher Bezirke genommen werden können. Endlich wird es der Provinz wohl besser gelingen, die Drogisten durch Konkurrenz und Kontrolle in die gesetzlichen Schranken zu verweisen, als es der Medizinalpolizei mittels Neugründung und Revisionen gelungen ist.

Das nicht gewerbliche Staats- oder Kommunalapotheken-System ist hiernach allen andern gewerblichen Systemen entschieden vorzuziehen; es bliebe somit nur noch die Frage zu beantworten, wie den unüberwindlichen finanziellen Schwierigkeiten zu begegnen ist, von denen die Erläuterungen zum Reichsapothekengesetz sprechen. Ich vermag solche Schwierigkeiten überhaupt nicht zu erblicken, da Verzinsung und Amortisation des Kapitals von 400 Millionen für alle Zeit und namentlich nach Durchführung der Reichsversicherungsordnung genügend sichergestellt sind. In seiner Größe allein aber wird man doch die Schwierigkeiten nicht erblicken können. Es kommt also nur darauf an, einen Geldgeber zu finden, der an den Vorteilen der Reform seiner Aufwendung entsprechend direkt partizipiert. Bei dem Staate ist dies nicht der Fall, wohl aber nach Durchführung der Reichversicherungsordnung bei den Provinzen und den Kommunen, denen es ganz und gar nicht gleichgültig bleiben kann, ob 40 % ihrer in Kassen eingepfarrten Bevölkerung von einigen Apothekenrentnern mit einer horrenden Gesundheitssteuer belegt werden, oder ob sie in 25 Jahren die Arzneien fast umsonst beziehen, und ob die Durchführung der sozialpolitischen Gesetze dauernd erschwert werden wird durch unberechtigte Ansprüche der Apothekenrentner oder mit wachsender Ausdehnung erleichtert, ob den Kassen durch die Arzneisteuer die Hände für prophylaktische und therapeutische Maßnahmen gebunden werden oder durch Befreiung von dieser Steuer ihre Tätigkeit entfesselt werden kann. Im Jahre 1909 entfielen in Preußen auf ein Kassenmitglied 3,74 M. Arzneikosten, bei 26 Millionen Kassenmitgliedern der Zukunft entspricht dieser Satz einer Apothekenrechnung und einem Umsatz von rd. 90 Mill. Mark. 75% der Provinzial-Apotheken würden mit Schulden belastet nur 20 % Ueberschuß geben, 25 % aber 30 %, und rund 30 Millionen könnten bereits in den ersten Jahren erspart werden, also pro Kassenmitglied und Jahr rund 1,00 M. Solange die Kassenmitglieder nur $^1/_6$ der Bevölkerung ausmachten und in der Hauptsache sich aus den Kreisen der Industrie rekrutierten, konnte man die Regelung der Arzneiversorgung den Kassen überlassen; wenn aber $^2/_3$ der Gesamtbevölkerung versicherungspflichtig geworden sind, Frauen und

Kinder, Dienstboten, Angehörige des Haushaltungsgewerbes, alle in der Landwirtschaft Beschäftigten, nachdem die Versicherungsgrenze auf 2500 M. Einkommen hinaufgesetzt ist, sind die Arzneisteuer und die Arzneitaxe Sachen geworden, die wie die Einkommen- und Kommunalsteuern Jedermann angehen auch in gesunden Zeiten, und es ist eine soziale Aufgabe der Kommunen, dafür zu sorgen, dass diese Kopfsteuer, die zu $^2/_3$ die ärmeren Bevölkerungsschichten zu tragen haben, möglichst verbilligt wird. Jedenfalls ist es unter keinen Umständen zulässig, daß der gesamten Bevölkerung neben den neuen Lasten der Reichsversicherungsordnung noch eine neue Kopfsteuer auferlegt wird von den Apothekenrentnern, welche die durch das neue Gesetz geschaffene Umsatzsteigerung zum Achtfachen des Betrages verkauft haben.

Es würde somit ein Gesetz in Erwägung zu ziehen sein folgenden Inhalts:

§ 1. Das Recht, Apotheken zu errichten und zu betreiben, steht vom 1. April 19 . . allein den Provinzen und Städten mit mehr als 200000 Einwohnern zu.

§. 2. Am 1. April 19 . . gehen die Apotheken in den Besitz der Provinzen, in Städten mit mehr als 200000 Einwohnern in den Besitz der Kommunen über, welche die Idealwerte der verkäuflichen Apotheken nach dem Marktpreise vom 1. April 19 . ., die Warenbestände, Gerätschaften, Gefäße, Regale und Schränke dieser und der unverkäuflichen Apotheken nach dem Marktwerte vom 1. Januar 19 . . zu enteignen und sämtliche Besitzer auf Verlangen als auf Grund des Pensionsgesetzes pensionsfähige beamtete Leiter von Apotheken unter Anrechnung einer Dienstzeit von mindestens 20 Jahren anzustellen haben.

§ 3. Der Minister des Innern regelt nach Anhörung der Provinzialstände durch Verordnung den Betrieb der Apotheken, die Anstellungsbedingungen der Pharmazeuten sowie die Preise der Arzneimittel.[1])

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Strafrechtliches aus den griechischen Papyri. Eine rechtshistorische Skizze von Dr. Mariano San Nicolò in München. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Band 46, Heft 1 und 2.

Der Verfasser bringt eine Reihe von Einzelheiten über strafrechtliche

[1]) Auf die geschichtliche Entwicklung der Idee der nicht gewerblichen Apotheke werde ich später eingehen und darin auch die Vorschläge berücksichtigen, die vor mir, abgesehen von Kempf, wie ich jetzt erfahre, auch Klose, Rapmund u. a. auf diesem Gebiete gemacht haben.

Verhandlungen in Aegypten aus der Zeit 300 vor bis 700 n. Chr. Für den Mediziner ist es interessant zu erfahren, daß bei allen plötzlichen Todesfällen, wenn auch kein Verdacht auf Verbrechen bestand, eine Leichenschau durch einen Arzt stattfinden mußte. Auch bei Körperverletzungen und ähnlichen Fällen wurden stets Aerzte als Sachverständige zugezogen. In erster Linie kamen dabei die Bezirksärzte δημοισοι ιατροι in Betracht, bei ihrer Behinderung andere Aerzte. Dieselben mußten jedoch ihren Bericht unter Eid ausstellen und von zwei Dorfältesten mitunterschreiben lassen.

Dr. v. Mach-Bromberg.

Mitteilung über ein bei den Arabern übliches Verfahren äußerer Gewalt behufs Herbeiführung eines schnellen Todes ohne sichtbare Verletzungen. Von Dr. Léwêque. Archives de Médecine et de Pharmacie militaires; Bd. 58, S. 446. Referat: Militärärztl. Zeitschrift vom 3. Dezember. 1911.

Wiederholt wurden in Algier und Tunis Eingeborene unter Umständen tot aufgefunden, die wohl an Mord zu denken erlaubten, aber die übliche Sektion der drei Körperhöhlen ergab gar nichts. In einem solchen Falle nahm Verfasser Anlaß, vom Nacken her auf die Wirbelsäule einzudringen und den Wirbelkanal zu eröffnen. Da fand er die Bänder zwischen Hinterhauptsbein und Atlas abgerissen, ebenso diejenigen, die den Zahn des Epistropheus in seiner Lage halten. Bei starker Beugung des Kopfes folgte der Atlas dem Hinterhaupt, nicht aber der Zahn des Epistropheus; dieser komprimierte vielmehr vollkommen die Medulla oblongata. Der Bluterguß in den Rückenmarkshäuten und in der Umgebung der Hinterhaupts-Wirbelverbindung war ganz gering. Der Mechanismus des Mordes war hierdurch klar und wurde vor Gericht bestätigt. Während einer der Verbrecher den Ermordeten am Boden festhielt, hatten zwei ihm den Kopf nach beiden Seiten hin aufs äußerste verdreht und dann übermäßig gebeugt, bis die Atmung stillstand. Sie hatten ihm buchstäblich das Genick umgedreht. (Wörtlich nachgedruckt; vergl. Gumprecht: Eine neue Theorie vom Mechanismus des Erhängungstodes. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; 1911, Heft 1.) Dr. Wilke-Genthin.

Der Mord an Helene Jursche. Von Dr. Fritz Zangger in Cilli. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Band 46, Heft 1 und 2.

Der Verteidiger des Angeklagten veröffentlicht diesen Kriminalfall deshalb, weil nach seiner Ueberzeugung die auf Grund des apodiktisch gehaltenen Gutachtens der Sachverständigen zuerst erfolgte Verurteilung des Beschuldigten wahrscheinlich ein Justizirrtum war. Es gelang ihm, die Berufsinstanz zu veranlassen, ein Gutachten der Wiener medizinischen Fakultät einzuholen. Der Tenor dieses Gutachtens bewirkte, daß das Berufsgericht das erste Urteil aufhob und die Staatsanwaltschaft die Einstellung des Verfahrens anordnete. Jedes Urteil aber, das als Justizirrtum erkannt ist, soll einem möglichst weiten Kreise von Richtern und Sachverständigen als warnendes Beispiel vor Augen geführt werden.

Besonders ist hervorzuheben, daß die kriminalistisch wichtige Frage, ob es Blutspritzer gibt, von denen man sagen kann, daß sie nur von einer Arterie herrühren, wohl noch selten so eingehend behandelt worden ist, wie in diesem Falle. Dr. v. Mach-Bromberg.

Zur Tätowierungsfrage: Ein Fall von Tätowierung des Hinterkopfes. Von Wolfgang Hanschild. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Band 45, Heft 1 und 2.

Gelegentlich einer Obduktion in Dresden wurde bei einem Artisten eine eigenartige Tätowierung gefunden: Das Hinterhaupt war bis zur Scheitelhöhe glatt rasiert, ebenso die beiden Schläfenseiten, so daß nur ein ca. 15 cm langer und 12 cm breiter Haarschopf in der Umgebung der Sagittalnaht vorhanden war. Die ganze des Haarschmuckes beraubte Partie war tätowiert.

S. war früher Equilibrist gewesen, mußte diesen Beruf wegen Lungenschwindsucht aufgeben und kam auf die originelle Idee, sich tätowieren zu lassen und dem Publikum zu zeigen.

Im Anschluß hieran gibt H. eine Geschichte der Tätowierung und eine Zusammenfassung unserer heutigen Kenntnisse über die Tätowierungsfrage. Die

Tätowierung ist uralt; der Mensch hat sich wahrscheinlich eher geschmückt und tätowiert als gewaschen.

Die Motive der Tätowierungen sind teils religiösen, teils kulturellen, teils ornamentalen Ursprungs; man findet sie am häufigsten bei Seeleuten, Soldaten und Verbrechern. Zwischen Motiv und Tätowierungsmuster bestehen verwandte Beziehungen. Bei den meisten Tätowierten ist die Urteilskraft geschwächt, sowie die Widerstandsfähigkeit gegen äußere Einflüsse; bei den Verbrechern traten niedrigere moralische Züge zu Tage, weil gewisse Hemmungen in Fortfall kommen. Dr. v. Mach-Bromberg.

Widerlegung eines Schriftexperten-Gutachtens in einem Falle von Verleumdung durch anonyme Schriften. Von Prof. Dr. Paul Dittrich in Prag. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 46, Heft 1 u 2.

Die Erfahrung, daß bis in die neueste Zeit hin den Gutachten von Schriftexperten seitens der Gerichte eine verhältnismäßig sehr unverdiente Bedeutung beigelegt wird, findet auch in diesem Fall eine Bestätigung. Verfasser fordert daher die Gerichte auf, bei der Wichtigkeit ihrer Aufgabe bei den Sachverständigen die größte Vorsicht walten zu lassen und regelmäßig auch ärztliche Sachverständige mit der nötigen psychologischen und psychiatrischen Bildung zuzuziehen. Dr. v. Mach-Bromberg.

Die Photogrammetrie bei kriminalistischen Tatbestandsaufnahmen. Von Dr. Siegfried Türkel, Hof- und Gerichtsadvokaten in Wien. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Band 45, Heft 1 und 2.

Während wir nur sehen, was wir sehen wollen, ist der photographische Apparat eine objektive Registriervorrichtung, die alles sieht und alles beschreibt. Bertillon hat als Erster die Photographie im Erkennungsdienst verwandt (1882), hat dann, um über die Größe der Gegenstände und ihre Entfernung vom Aufnehmenden sichere Aufschlüsse zu erhalten, die Photographien auf Kartons, die mit sinnreichen Maßlinien versehen sind, geklebt, aus denen man Größe und Entfernung schnell ablesen kann. Da bei der Fixierung Verziehungen des Bildes vorkommen, photographierte Eichberg durch ein Maßnetz, sodaß die auf dem Bild mitphotographierten Maßlinien sich mitverziehen, wodurch die durch das Verziehen verursachte Fehlerquelle vermieden wurde. Durch eigenartige Plangerippe können auch schnell vollständige genaue Pläne des Tatortes konstruiert werden. Eine weitere Verbesserung ist die stereogrammetrische Methode, die ein genau meßbares plastisches Bild gibt.

Dr. v. Mach-Bromberg.

Das Schneidersche Abziehblatt für am Tatort gefundene Fingerspuren und beweisende Erfolge der Tatortsfingerschau. Von Amtsrichter Dr. W. Schütze-Tessin i. M. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Band 45, Heft 1 und 2.

„Die Einführung der Fingerschau hat in den letzten Jahren auf der ganzen Welt derartige Fortschritte gemacht, daß in absehbarer Zeit kein Kulturland mehr ohne sie wird sein können.“ Besonders die Hamburger Polizeibehörde hat damit große Erfolge erzielt. Das Verfahren bot bisher noch solche Schwierigkeiten, daß es noch nicht in dem Umfange, als es notwendig wäre, angewandt ist. Diese Schwierigkeiten sind durch eine Erfindung des Polizeiagenten Rudolf Schneider in Wien vollständig beseitigt, und zwar durch Erfindung eines Abzugsblattes, dessen spiegelblanke, leuchtend schwarze Oberfläche zum Schutze mit einem dünnen Zelluloidblatt versehen ist. Vermutet man auf einem Gegenstand Fingerspuren, so wird dieser mit einem gleichfalls von Schneider erfundenen Pulver bestäubt, dann wird das überschüssige Pulver durch leichtes Abpinseln entfernt und das Abziehblatt, nachdem man die Zelluloidplatte abgenommen, vorsichtig auf die abzuhebende Spur gelegt und darauf wieder mit der schützenden Zelluloidplatte versehen. Die abgehobene Spur ist deutlich zu erkennen, deutlicher als nach der bisherigen photographischen Methode, wie aus den beigegebenen Abbildungen zu erkennen ist; sie kann außerdem durch Photographieren noch deutlicher gemacht werden. Das Abzugsblatt kann jederzeit versandt werden. Die Vergleichung überlasse man stets dem erfahrenen Fachmann. Dies Verfahren hat sich dem Verfasser sehr bewährt und ist wegen

seiner Einfachheit und Billigkeit von so unschätzbarem Wert, daß es geradezu als Pflicht des Staates erscheint, sämtliche Staatsanwälte anzuweisen, stets nach diesem Verfahren zu arbeiten. „Wir stehen mit dieser Erfindung an einem bedeutsamen Wendepunkte der Tatorts-Fingerschau.“

Die beigefügten Abbildungen sind auffallend klar und deutlich.

Dr. v. Mach-Bromberg.

Entwurf einer Registriermethode für Fingerabdruckkarten. Von L. H. Smallegange-Haag. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik Band 46, Heft 1 und 2.

Verfasser macht den Versuch, die am meisten geübte Henrysche Registriermethode durch eine von ihm zusammengestellte einfachere zu ersetzen. Der Grundgedanke ist der, daß nicht nur die Haupt-, sondern auch die Subklassifikation, die oft nur ganz nebensächlich behandelt wird, so einfach wie möglich sein muß. Doch muß die Subklassifikation von Anfang an derart ausführlich geschehen, daß eine spätere Veränderung nicht nötig ist.

Dr. v. Mach-Bromberg.

Feuerbestattung und Rechtspflege. Von Gerichtsassessor Dr. Albert Hellweg in Berlin-Friedenau. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Band 44, Heft 1 und 2.

Verfasser bekennt sich als Gegner der Feuerbestattung aus kriminalistischen Gründen. An der Hand der einzelnen Paragraphen des Feuerbestattungsgesetzes erwägt er unter Benutzung eines reichen Quellenmaterials das Pro und Contra in oft recht scharfsinniger Weise und kommt zu dem Resultat, daß die Feuerbestattung durch ein Reichsgesetz wieder aufgehoben oder mindestens sehr viel schärfere Kautelen gegen die Verdeckung eines Verbrechens getroffen werden müssen.

Die Vorteile der Feuerbestattung werden übertrieben, die Bedenken unterschätzt. Selbst die exakteste Totenschau kann nicht immer ein vorliegendes Verbrechen, namentlich einen Giftmord durch Alkaloide feststellen. Die Annahme Levins, daß es bei Exhumierungen zu Verwechselungen zwischen Leichengiften und Alkaloiden kommen kann, wird mit Recht zurückgewiesen, da solches bei der so hochentwickelten chemischen Technik ausgeschlossen sein dürfte.

Als Hauptgründe gegen die Feuerbestattung führt H. an:

1. durch die Verbrennung wird die nachträgliche Entdeckung eines Verbrechens und
2. der Nachweis, daß ein Unschuldiger zu Unrecht eines Verbrechens verdächtigt worden ist, unmöglich gemacht;
3. die Feuerbestattung reizt zum Verbrechen an.

Verfasser fordert als Mindestmaß, daß eine Obduktion gemacht werden müssse, wenn die Leichenschau keine Todesursache ergibt und wenn der Tote vorher nicht ärztlich behandelt worden ist. Bei Unmündigen dürfte überhaupt eine Einäscherung nicht erlaubt sein, da es vorkommen könne, daß der Vormund, der die Einäscherung fordere, der Mörder des Toten sei.

H. streift dann die wichtige Frage, ob der behandelnde Arzt gezwungen sei, an der Leichenschau teilzunehmen, und ob er hierbei nicht mit den Vorschriften über Schweigepflicht und Berufsgeheimnis in Kollision gerät.

Den sehr interessanten Ausführungen kann nicht immer beigestimmt werden. Sehr wenig begründet scheint mir die Behauptung, daß die Feuerbestattung zum Verbrechen reize; es ist im Gegenteil eher anzunehmen, daß sie wegen der sorgfältigen Leichenschau und ev. Obduktion abschreckend wirken wird. Den oft recht grauen theoretischen Erwägungen ist das vom Verfasser selbst angeführte Wort Prof. Kratters-Graz entgegenzuhalten: „Es muß Aufgabe der Rechtspflege sein, sich mit neuen Kulturerscheinungen durch geeignete Vorsorgen auseinanderzusetzen. Das ist möglich.“

Dr. v. Mach-Bromberg.

Der Kampf um die Todesstrafe. Von Dr. Schüle, a. o. Professor für gerichtliche Medizin an der Universität Freiburg i. B. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Band 45, Heft 3 und 4.

Verfasser wendet sich gegen den in diesem Archiv (Bd. 42, Heft 3 und 4) veröffentlichten Aufsatz: Bemerkungen zur Juristendebatte von Ernst Lohsing (vom Verfasser bereits in Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1911, S. 930, abfällig beurteilt), in dem er ihm mit Recht den Vorwurf macht, die Gründe für und gegen die Todesstrafe viel zu oberflächlich fundiert zu haben.

Verfasser schließt ganz richtig: „Triftige Gründe für die Abschaffung der Todesstrafe können nur durch genaue statistische Erhebungen gefunden werden. Es müßte einwandsfrei festgestellt werden, daß dort, wo die Todesstrafe verhängt wird, häufiger Morde begangen werden als in anderen religiös und kulturell völlig gleichartigen Ländern.“ Dr. v. Mach-Bromberg.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Ueber Dementia paralytica vom klinischen Standpunkte aus. Von Geh.-Rat Dr. Weber in Dresden. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 45, H. 3 und 4.

Der Vortrag wurde vor Juristen gehalten und gibt nach einer kurzen historischen Einleitung ein scharf umrissenes, dabei vollständiges Bild der Paralyse, wie es sich heute in den psychiatrischen Anschauungen herausgebildet hat und allgemein bekannt ist. W. unterscheidet drei Formen, die demente, die depressive und die expansive Form; letztere dürfte wegen ihrer oft weitgehenden und langdauernden Remissionen in forensischer Beziehung wohl hauptsächlich in Betracht kommen. Dr. v. Mach-Bromberg.

Die forensische Bedeutung der Dementia paralytica. Von Ober-Med.-Rat Dr. Ilberg, Direktor der Königl. Sächs. Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 46, H. 1 und 2.

Dem sicher diagnostizierten Falle von Dementia praecox steht unter allen Umständen der Schutz des § 51 Str. G. B. zu, auch während einer Remission, da diese nicht lange anzuhalten pflegt. Zweifelhaft kann es aber bei Beginn der Paralyse sein; bei solchen Leuten kommt es oft zu Störungen der öffentlichen Ordnung, zu Konflikten mit dem Strafgesetz, lange bevor deutliche Symptome der Krankheit bestehen. Man findet aber dann fast immer schon ein Mißverhältnis zwischen Ursache und Stärke des Affektes, der seinerseits von auffallend geringer Nachhaltigkeit ist. Ferner ist es immer verdächtig, wenn der Deliquent ein bis dahin intelligenter und unbescholtener Mann gewesen ist — hier muß man aber Alkoholismus ausschließen — und endlich, wenn der Täter ohne jegliche Vorsicht zu Werke geht und keine Reue über seine Tat zeigt. Man wird hier bei genauer Beobachtung fast immer erkennen, daß Paralyse vorliegt, infolgedessen Verhandlungsfähigkeit fehlt und Strafvollzug unmöglich ist.

Zivilrechtlich kommt bei ausgebildeten Fällen § 6, 1 B. G. B., Entmündigung wegen Geisteskrankheit, in Betracht; sie wird auch bei beginnenden Fällen die Regel bilden müssen. In zweifelhaften Fällen wird es sich empfehlen, zunächst wenigstens die Entmündigung wegen Geistesschwäche auszusprechen. Während einer Remission kann die Entmündigung Schwierigkeiten machen.

Ferner können noch in Betracht kommen § 125 B. G. B. (Nichtigkeitserklärung einer Ehe), § 1334 (Anfechtung der Ehe) und § 1569 (Ehescheidung), endlich auch Testierfähigkeit.

Die Arbeit ist wegen ihrer scharf umrissenen Form und des erschöpfenden Inhalts jedem Kreis- und Gerichtsarzt, aber auch den praktischen Aerzten zu empfehlen. Im Gegensatz zum Verfasser, möchte ich nur bemerken, daß der § 51 Str. G. B. bei Remissionen doch recht große Schwierigkeiten machen kann, da ausgesprochene Paralytiker durch geeignete längere Behandlung wieder soweit hergestellt werden können, daß sie Jahr und Tag ihren Dienst voll und ganz zu versehen imstande sind. Dr. v. Mach-Bromberg.

Dementia senilis (Geistesstörungen des Greisenalters) mit Berücksichtigung ihrer forensischen Bedeutung. Von Dr. med. Curt Ackermann, Oberarzt an der Königl. Sächs. Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 45, H. 3 und 4.

Verfasser bespricht in Kürze alle Geistesstörungen des Greisenalters; er versteht darunter alle Erscheinungen, die auch unter normalen Verhältnissen

das Greisenalter von den mittleren Lebensjahren unterscheiden und bei der senilen Seelenstörung zu krankhafter Höhe anschwellen: „Abnahme der Merkfähigkeit und der Anpassungsfähigkeit des Denkens, der geistigen schöpferischen Tätigkeit; Verödung des Gemütslebens, geistige Verworrenheit, nächtliche Unruhe usw.

Die Kriminalität geistig erkrankter Greise erstreckt sich hauptsächlich auf Fahrlässigkeitsvergehen und sexuelle Delikte; sie ist namentlich für die letzteren als fast spezifisch zu bezeichnen. Hier ist es von sehr großer Bedeutung, daß die sexuelle Perversion und ethische Degeneration jahrelang dem Verfall der Intelligenz vorausgehen können. Es ist daher eigentlich bei sexuellen Delikten von Greisen immer eine Prüfung des Geisteszustandes geboten; in psychisch zweifelhaften Fällen wäre bedingte Verurteilung am Platze, weil man gewöhnlich nach verhältnismäßig kurzer Zeit eine senile Geistesstörung feststellen kann. Verfasser schließt sich im wesentlichen den Ausführungen Zingerles in Graz an.

Bei zivilrechtlichen Fällen (Entmündigung und Geschäftsunfähigkeit) ist von dem ärztlichen Begutachter besonders die mit Alter und Stellung in Widerspruch stehende Euphorie und Erregung zu betonen.

Dr. v. Mach-Bromberg.

Die angeborene Geistesschwäche und ihre forensische Bedeutung. Von Stadtarzt Dr. Schubert-Dresden. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 46, H. 1 und 2.

Die Diagnose, angeborene Geistesschwäche, verlangt genaueste Kenntnis der Vorgeschichte der Kranken und darf vor Gericht nur dann gestellt werden, wenn „der Untersuchte von Jugend auf neben Störungen der körperlichen Entwicklung Schwäche der Intelligenz und des Urteils gezeigt und diese psychische Schwäche der gesamten Persönlichkeit und ihrer ganzen Lebensführung ein besonderes Gepräge gegeben hat.“ Der angeborene Geistesschwache ist meistens unfähig als Zeuge zu fungieren, seine Angelegenheiten zu besorgen und die strafrechtliche Verantwortung zu übernehmen.

Die Arbeit ist kurz, klar und das Thema erschöpfend geschrieben.

Dr. Mach-Bromberg.

Ein Bauernmord an Ehefrau und Schwiegertochter. Von Staatsanwalt W. Krauss-Mosbach i. Baden. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 45, H. 1 und 2.

Verfasser schildert mit großer Anschaulichkeit einen lange vorbereiteten und mit Ueberlegung ausgeführten Mord, der leider von den Geschworenen als Totschlag angesehen wurde. Interessant ist das Milieu, in dem sich die Tat abgespielt hat. Es ist der im badischen streng katholischen Frankenland gelegene Ort Külsheim. Die Bewohner sind meist streng religiöse Bauern, die sich durch engbäuerliche Betriebsamkeit, stark ausgeprägtes Mißtrauen gegen die Nachbarn und dumpfes Triebleben auszeichnen, die aber, wenn sich einmal eine Leidenschaft aus den Tiefen herausringt, dann keinerlei Grenzen mehr kennen, sondern unbedenklich und mit eiserner Härte bis zur Selbstvernichtung vorgehen.

Der Gerichtshof erkannte gegen jeden der beiden Mörder (Ehemann und Schwiegervater) auf 10 Jahre Zuchthaus. Dr. v. Mach-Bromberg.

Psychopathische Verbrecher. Studien von Frey Svenson, Professor der Psychiatrie an der Universität Upsala. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 45, H. 3 und 4.

Verfasser schildert genau den Lebensgang eines psychopathischen Verbrechers, der vom Vagabunden zum Dieb und vielfachen Mörder sich entwickelt und im Alter von 25 Jahren hingerichtet wird. Er gibt dann eine ausgezeichnete Analyse des Verbrechers, die darauf hinausläuft, daß psychopathische Persönlichkeiten deshalb so leicht zu Verbrechern werden, weil bei ihnen das Gleichgewicht der Zusammenlebensgefühle zu leicht gestört wird. Unter Zusammenlebensgefühlen versteht S. egoistische und altruistische Gefühle. Er fordert für alle Gefängnisärzte eine Vorbereitung durch längere Dienstleistung

in einer Irrenanstalt, für jeden Gefängnisbeamten einen besonderen theoretischen Vorbildungskursus mit Examensabschluß.

Interessant und eigenartig sind die Ausführungen des Verfassers über die Todesstrafe, er hält sie für eine Unzulänglichkeitserklärung seitens der Gefängnisverwaltung, einen wirksamen Gesellschaftsschutz herbeizuführen, für ein inhumanes aber wenig wirksames Abschreckungsmittel, das möglichst bald abgeschafft werden muß, da es sich nicht mehr in Uebereinstimmung mit dem heutigen Rechtsbewußtsein befindet. Die Hinrichtung des N. hält er jedoch für notwendig, weil er durch seine konstitutionelle Anomalie zu einem Untier in Menschengestalt geworden und weil er auch in einem gewöhnlichen Gefängnis große Schwierigkeiten gemacht haben würde, die Todesstrafe sei in diesem Falle keine Abschreckungs-, sondern die einzig mögliche, weil sicherste Verwahrungsstrafe.

Der Aufsatz ist sehr lesenswert, vor allem wegen der logischen Ausführungen über den Begriff der psychopathischen Persönlichkeit.

Dr. v. Mach-Bromberg.

Zur sozialen Bedeutung der Psychiatrie. Von Oberarzt Dr. Juliusburger-Steglitz-Berlin. Separatabdruck der Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und prakt. Medizin; Dezember 1911.

Trotzdem die Psychiatrie gerade in den letzten beiden Jahrzehnten sich außerordentlich schnell zu der jetzigen Höhe entwickelt hat, werden gegen diese als Wissenschaft und gegen ihre Vertreter zahlreiche Angriffe gerichtet, zumeist von Leuten, die wegen Geisteskrankheit längere Zeit in einer Irrenanstalt verwahrt und behandelt werden mußten, dann aber mit mehr oder minder großen Defekten entlassen werden konnten. Jedoch auch breitere Kreise, irregeleitet durch die einseitigen Berichte einer kritiklosen Presse,[1]) nehmen an diesen Angriffen teil oder billigen sie, ja selbst eine große Anzahl von Juristen steht der Psychiatrie feindlich gegenüber.

Diese unhaltbaren Zustände zu beseitigen, ist dringend notwendig. Dazu ist aber vor allem erforderlich, das Publikum in weitgehendster Weise darüber aufzuklären, wie gefährlich ein Geisteskranker werden kann, ferner darüber zu beruhigen, daß bei der Internierung von Geisteskranken dem Betreffenden kein Unrecht geschieht. Dies kann dadurch geschehen, daß man den zur Beaufsichtigung der Aufnahme bestellten Arzte einen Juristen an die Seite gibt, der die Rechtsverhältnisse des Kranken prüft und wahrt. Voraussetzung ist, daß solche Juristen eine genügende psychiatrische Ausbildung am besten durch Fachleute in den Irrenanstalten selbst, erhalten haben. Wird den Juristen im allgemeinen eine bessere psychiatrische Ausbildung zuteil, so wird es auch zu einem besseren Verständnis, zu einem besseren Zusammenarbeiten von Juristen und Psychiatern kommen.

Nachdem Verfasser sodann energisch für die Fassung des § 63 im Vorentwurf zum neuen Strafgesetzbuch eingetreten, nach dem bei Eintritt einer Strafmilderung wegen geistiger Minderwertigkeit für besonders antisoziale Elemente eine nachträgliche Verwahrung in geeignete Anstalten vorgesehen ist, hebt er die Einführung des sog. Pollardschen Systems im Fürstentum Lippe und Großherzogtum Hessen als höchst bedeutsame Maßnahmen hervor. Das Pollardsche System besteht darin, daß die leichteren Vergehen, wenn die Straftat in Trunkenheit begangen ist, dem Täter Strafaufschub und volle Begnadigung in Aussicht gestellt wird, sofern er öffentlich vor dem Richter das Gelübde ablegt, auf die Dauer eines Jahres kein alkoholisches Getränk zu sich zu nehmen. Hält er das Gelübde, so ist er seiner Strafe ledig. Hier muß nun aber genau untersucht werden, ob der Alkoholismus des Täters eine primäre und allein ausschlaggebende Bedeutung besitzt oder aber, ob der Alkoholismus des Individuums nur eine sekundäre Rolle spielt, ein Symptom darstellt, während eine hinter dem Alkoholismus bestehende geistige Störung die letzte Triebfeder zum antisozialen Verhalten abgibt. Zur Feststellung dieses wichtigen Tatbestandes müssen Richter und Irrenarzt Hand in Hand gehen.

[1]) Anmerkung des Referenten: Es ist jetzt eine Vereinbarung zwischen den Irrenanstalten und der anständigen Presse getroffen worden, wonach derartige Berichte erst nach genauer Erkundigung bei den Anstaltsleitern gebracht werden sollen.

In der Schweiz und in sechs Staaten Nordamerikas bestehen im Interesse einer gesunden Nachkommenschaft Eheverbote wegen Geisteskrankheit, Schwachsinn, Epilepsie, Alkoholismus und Geschlechtskrankheiten. Da derartige Eheverbote nur in beschränktem Maße wirksam sein können, so erscheint die Sterilisation der Elemente, deren Fortpflanzungsfähigkeit im Interesse der Gesellschaft nicht erwünscht ist, als eine unumgängliche und sozialnotwendige Forderung. In Indiana ist ein derartiges Gesetz bereits erlassen. Auch in der Schweiz wird die Sterilisation durchgeführt. „Für unsere deutschen Verhältnisse,“ fährt Verfasser etwas resigniert fort, „bleibt zurzeit nichts anderes übrig, als die Frage der Sterilisation erst aufzurollen und ihre große soziale Perspektive in das Bewußtsein der Allgemeinheit zu rücken.“ Der Verfasser schließt seine geistvollen sehr bedeutsamen Ausführungen mit den Worten: „Die Psychiatrie braucht sich in ihrer sozialen Betätigung nicht hinter die anderen Wissenschaften zu stellen; sie kann neben und mit ihnen zum Wohle der Gesellschaft arbeiten. Allen Anfeindungen können wir Irrenärzte getrost gegenüberstehen; wir überlassen das Urteil der gerecht denkenden Mitwelt und der Nachwelt, welche die Früchte unserer Arbeit genießen wird.“

Wegen der großen sozialen Wichtigkeit des Inhalts und der darin enthaltenen Perspektive ist das Referat ausführlicher gehalten. Es ist zu hoffen, daß, nachdem v. Sury-Basel und Puppe-Königsberg sich in bestimmten Fällen für die Einführung der Sterilisation und Kastration ausgesprochen, und nachdem vor allem auf Veranlassung von Puppe und auf der diesjährigen Jahresversammlung der Gerichtsärzte in Münster dieses Thema eingehend verhandelt werden soll, diese Frage nicht mehr von der Tagesordnung verschwinden wird, bis die notwendigen straf- und zivilrechtlichen Folgen daraus gezogen worden sind. Dr. v. Mach-Bromberg.

C. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Zur Unfallbegutachtung Schädelverletzter. Von Dr. Cäsar Hirsch, Assistenzarzt der städtischen Ohrenklinik a. M. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 22 und 23.

Die Beobachtung, daß Ohrenunfallverletzte fast stets erst so spät nach dem Unfall dem Ohrenarzt behufs Begutachtung zugeführt werden, daß es dem Ohrenarzt schwer, in vielen Fällen unmöglich ist, eine sichere Entscheidung zu treffen oder den Grad der Erwerbsbeeinträchtigung infolge des Ohrenunfalls zu bestimmen, hat die Vereinigung südwestdeutscher Hals- und Ohrenärzte veranlaßt, die Berufsgenossenschaften des Deutschen Reiches zu ersuchen, dafür Bestimmungen zu treffen, daß bei Schädelverletzungen, welche bekanntlich so häufig eine Beeinträchtigung des Hörvermögens zur Folge haben, und bei direkten Ohrschädigungen ein Ohrenarzt möglichst sofort nach dem Unfall behufs Feststellung des Befundes zugezogen wird. In erster Linie sind die Veränderungen am Ohr selbst (Trommelfell, Labyrinth) gleich nach der Verletzung ganz anders als einige Zeit nachher; sodann lehrt die Erfahrung, daß Ohrenverletzte kurz nach der Verletzung ein viel günstigeres Hörvermögen zugeben als später, weil sie unter dem Eindruck der Freude, noch so glücklich bei ihrer Beschädigung davongekommen zu sein, sofort nach dem Unfall richtige Angaben über das Hörvermögen zu machen pflegen, während spätere Angaben über die verbliebene Hörkraft durchweg viel ungünstiger ausfallen.

Sollte es aus technischen Gründen schwierig sein, sofort nach dem Unfall einen Otologen beizuziehen, so sollte mindestens dem ersten Gutachtenformular ein Fragebogen für Schädelverletzungen beigelegt werden, wie ihn Frey in folgender Weise zusammengestellt hat:

1. Genaue Anamnese mit Rücksicht auf vorhergehende Erkrankungen des Gehörgangs; wichtige Allgemeinerkrankungen (Syphilis) und habituelle Traumen (Aufenthalt in der Nähe von Maschinen, Schießsport u. dergl.).
2. Befund der äußeren Ohrgegend.
3. Otoskopischer Befund beider Ohren, besonders ob Sekret und welcher Art im Gehörgang vorfindlich. Beschreibung etwa vorhandener Kontinuitätstrennungen nach Größe, Form, Lage.
4. **Funktionsprüfung**: Hörweite für Flüster- und Konservationssprache und Uhr auf beiden Ohren. Untersuchung auf spontanen Nystagmus (Art,

Intensität und Richtung bei verschiedenen Blickrichtungen), Fragen nach subjektiven Störungen (Sausen, Schwindel, Schmerzen, Erbrechen).

Verfasser möchte sich diesen Forderungen anschließen; er verbreitet sich dann in längeren Ausführungen über die zweckmäßigste Art der Hörprüfung und des Nachweises von Simulation und Aggravation. Da sich diese Ausführungen zu einem Referate nicht eignen, mögen sie von Interessenten im Original nachgelesen werden. Dr. Waibel-Kempten.

Die Distorsion des Schultergelenkes. Aus der K. orthopädischen Universitäts-Poliklinik zu München. Von Prof. Dr. Lange. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 23.

Verfasser bespricht zunächst unter Berücksichtigung der betreffenden Verhältnisse am Kniegelenke die Erscheinungen der Gelenkdistorsionen im allgemeinen (Schmerz, Schwellung und pathognomische Stellung), geht dann näher auf die von ihm gemachten Leichenuntersuchungen ein und beschreibt am Schlusse seiner interessanten Arbeit die Technik bei der Untersuchung des Schultergelenks.

Bei der Inspektion hat man auf etwaige Schwellungen, auf die meist vorhandene Atrophie des Deltoideus und besonders auf die Stellung des Schulterblattes zu achten. Dann folgt die Palpation, die besonders auf schmerzhafte Druckpunkte zu achten hat. Ist nur die Gegend der Bursa subacromialis druckempfindlich, so ist bei frischen Verletzungen eine Beteiligung des Gelenkes unwahrscheinlich. Druckempfindlichkeit der ganzen vorderen Kapsel spricht dagegen für Distorsion. Endlich folgt der wichtigste Teil der Untersuchung, die Funktionsprüfung. Wenn das Schulterblatt so verschoben ist, daß der untere Winkel der Wirbelsäule genähert ist und vom Thorax absteht, so muß zunächst der zentrale Gelenkteil, das Schulterblatt richtig gestellt werden. Zur Herstellung der normalen Stellung des Schulterblattes muß der Patient den Arm soweit nach vorne heben (beugen) und so weit abduzieren, bis beide Schulterblätter völlig symmetrisch stehen. Dann muß ein Assistent den Schultergürtel fest fixieren, um die passive Beweglichkeit zu prüfen. Wird ein deutlicher Ausfall beim Heben nach hinten und beim Auswärtsdrehen festgestellt, während alle anderen Bewegungen im ganzen frei sind, so ist die Diagnose Distorsion gesichert. In zweifelhaften Fällen ist noch Feststellung der Unversehrtheit der knöchernen Gelenkteile durch Röntgenbild angezeigt. Dr. Waibel-Kempten.

Von mehreren behandelten Aerzten ist derjenige zu hören, der den Verletzten in der Hauptsache behandelt hat. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 23. Februar 1912. Kompaß, 1912, Nr. 10.

Wie das R.-V.-A. in ständiger Sprachübung annimmt, entspricht es dem Sinn und dem Zwecke des § 69 Abs. 3 a. a. O. am meisten, wenn unter den verschiedenen behandelnden Aerzten derjenige gehört wird, welcher den Verletzten in der Hauptsache behandelt hat und danach die Art der Verletzung und die Entwicklung der Krankheit am besten beurteilen kann. Diese Voraussetzungen liegen aber nach der Ueberzeugung des erkennenden Senats bei Dr. H. vor.

Netzhautablösung bei einem Bergmann infolge der Erschütterung des Körpers beim Arbeiten mit dem Preßluft-Bohrhammer. Betriebsunfall anerkannt. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 17. Februar 1912. Kompaß, 1912, Nr. 9.

Auf Grund der angestellten Ermittelungen ist als festgestellt erachtet worden, daß der Kläger, der früher als Kohlenhauer tätig und vom 1. Dezember 1909 ab als Arbeiter an dem Bohrhammer beschäftigt war, am 3. Januar 1910 zum Durchörtern einer Störung im Flöz Sonnenschein 2 mittels des Bohrhammers Bohrlöcher hergestellt und sich dabei durch Netzhautablösung eine plötzliche Erblindung des linken Auges zugezogen hat. Die Behauptung des Klägers, daß er mit dem Bohrhammer am 3. Januar 1910 ein Loch in die Firste, also nach oben, gebohrt und hierbei den Bohrhammer auf der Schulter zwischen den erhobenen Armen und dem Kopfe eingeklemmt habe, ist dem Senat bei

Berücksichtigung der Darlegungen der Sachverständigen glaubhaft erschienen. Die bergmännischen Sachverständigen haben insbesondere bestätigt, daß bei der Handhabung der durch Preßluft von 4 bis 5 Atmosphären Spannung in Bewegung gesetzten Bohrmaschine, deren Kolbenstange in ununterbrochen schneller Aufeinanderfolge von minutlich 1200 bis 2500 Schlägen auf die im Bohrloch befindliche Bohrstange schlägt, der Kopf des hierbei tätigen Arbeiters sehr wohl einer besonders heftigen Erschütterung ausgesetzt sein kann. Diese Erschütterung des Kopfes, der der Kläger am 3. Januar 1910 ausgesetzt war, stellt sich begrifflich als Betriebsunfall dar, soweit sie von schädlichen Folgen begleitet war. Hieran ändert auch der Umstand nichts, daß der Kläger bereits seit dem 1. Dezember 1909 an der Bohrmaschine beschäftigt war, denn es besteht kein Anhalt für die Annahme, daß er auch schon vor dem 3. Januar 1910 den gleichen Erschütterungen des Kopfes ausgesetzt gewesen ist, vielmehr ist es wahrscheinlich, daß durch die am genannten Tage ausgeübte Bohrtätigkeit die Netzhautablösung verursacht worden ist. Nach den Gutachten der Augenärzte Dr. W. in Castrop, Prof. Dr. S. in Berlin und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. K. in Bonn, welchen das R.-V.-A., da sie im wesentlichen übereinstimmen, gefolgt ist, besteht kein Zweifel darüber, daß die durch die Bohrmaschine hervorgerufene Kopferschütterung, die ein schon damals schwachsichtiges Auge betroffen hat, geeignet gewesen ist, beim Kläger die Netzhautablösung auf dem linken Auge herbeizuführen. Die durch die Netzhautablösung verursachte Erblindung dieses Auges stellt sich daher als Folge des Unfalls vom 3. Januar 1910 dar. Dieser Beurteilung des Falls steht auch der Umstand nicht entgegen, daß die Netzhautablösung auf dem bereits vor dem Unfall minderwertigen linken Auge vielleicht oder auch wahrscheinlich über kurz oder lang ohnedies eingetreten wäre. Denn dadurch wird die Annahme noch nicht widerlegt, daß der Unfall den Eintritt der Netzhautablösung wesentlich beschleunigt hat. Dies genügt aber schon, um den Rentenanspruch zu begründen. Was den Grad der durch den Unfall bedingten Einbuße an der Erwerbsfähigkeit anbelangt, so hat sich der Senat der Schätzung des Prof. Dr. K. angeschlossen und dem Kläger dem gemäß eine Teilrente von 15% zugesprochen.

Netzhautablösung infolge von Verunreinigung des Auges durch Zement als Unfallfolge verneint. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 8. März 1912. Kompaß; 1912, Nr. 11.

Nach den beiden überzeugend begründeten Nachtragsgutachten des Dr. W. würde ein ursächlicher Zusammenhang der Netzhautablösung mit den behaupteten Unfällen nur dann angenommen werden können, wenn die Unfälle eine stärkere mechanische Einwirkung auf das Auge, insbesondere eine erheblichere Kontusion desselben zur Folge gehabt hätten. Dies ist aber nach den eigenen Angaben des Klägers und dem objektiven Befunde des Dr. W. unmittelbar nach dem letzten Unfalle nicht der Fall gewesen. Durch das Eindringen von Zementstaub oder durch das Einspritzen von Zementbrühe, von der der Vertreter des Klägers in der mündlichen Verhandlung gesprochen hat, kann eine Kontusion des Augapfels nicht hervorgerufen sein. Ebensowenig ist aber anzunehmen, daß die Netzhautablösung durch eine Verätzung des Auges infolge Eindringens von Zementbrühe verursacht ist; denn wenn eine Verätzung stattgefunden hätte, so hätten die Spuren derselben dem Dr. W. bei seiner ersten Untersuchung nicht entgehen können. Hiernach ist ein ursächlicher Zusammenhang der Netzhautablösung mit den behaupteten Unfällen nicht als erwiesen zu erachten. Wenn demgegenüber Dr. G. in seinem Gutachten den ursächlichen Zusammenhang nicht ausschließt, so verdient das schon deshalb keine maßgebende Berücksichtigung, weil der Gutachter von der unrichtigen Annahme ausgeht, daß eine Kontusion des Auges tatsächlich stattgefunden habe. Der Anspruch des Klägers ist hiernach mit Recht abgewiesen worden, und seinem Rekurse war der Erfolg zu versagen.

Grad der Erwerbsverminderung. — Erblindung eines Auges durch Unfall bedingt bei einem Reparaturhauer nur 25% Rente. Für die Rentenhöhe ist nur die Art der Beschäftigung maßgebend, die am Tage des Unfalls ausgeübt wurde. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 26. März 1912. Kompaß; 1912, Nr. 11.

Eine Veränderung im Gesundheitszustande des Verletzten, die unabhängig von dem Unfall durch besondere, mit diesem nicht in Zusammenhang stehende Verhältnisse eingetreten ist, bleibt für die Höhe der Unfallrente unberücksichtigt. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 13. März 1912. Kompaß; 1912, Nr. 11.

Teilweiser Verlust beider Beine (des rechten Beines im unteren Drittel des Unterschenkels und des linken in der Mitte des Oberschenkels) bedingt keinen Anspruch auf Hilflosenrente. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 2. April 1912.

Derart hilflos, daß er ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann, ist im Sinne des § 9 Abs. 3 des Gewerbe-Unf.-Vers.-Ges. nicht schon derjenige, der für gewisse einzelne Verrichtungen, wenn auch regelmäßig, auf fremde Hilfe angewiesen ist, sofern sich diese Hilfeleistungen ohne beträchtliche Schwierigkeiten und Aufwendungen beschaffen lassen, sondern nur der, für dessen Pflege dauernd eine fremde Arbeitskraft ganz oder doch in erheblichem Umfang in Anspruch genommen werden muß, weil er zu den meisten Verrichtungen der gewöhnlichen Lebenshaltung aus eigener Kraft nicht mehr imstande ist. Dies trifft aber auf den Verletzten, der in der Lage ist, den, wenn auch nur kurzen Weg von seiner Wohnung nach der Arbeitsstelle selbständig zurückzulegen und seinen Dienst als Schreiber der Königl. Berginspektion wahrzunehmen, keinesfalls zu. Dabei mag anerkannt werden, daß der Verletzte infolge des Verlustes seiner Beine des öfteren fremder Hilfe und Unterstützung bedarf; als hilflos im Sinne des Gesetzes kann er jedoch nach der ganzen Sachlage nicht angesehen werden.

Der glatte Verlust des rechten Zeigefingers bei einem Fuhrknecht — späteren Bergmann — bedingt nach erfolgter Angewöhnung keine Rente mehr. Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 31. Mai 1912.

Die Folge des Unfalls vom 27. März 1905 besteht einzig und allein in dem glatten Verlust des Zeigefingers der rechten Hand. Dem Verletzten fehlt also ein wichtiges Körperglied, und das R.-V.-A. hat allerdings für das Fehlen des rechten Zeigefingers im allgemeinen dauernd eine Rente zugebilligt. Damit ist aber nicht gesagt, und es ist nirgend ausgesprochen, daß der Verlust eines wichtigen Körpergliedes unter allen Umständen und ausnahmslos eine Unfallrente begründet. Auf eine Rente hat vielmehr nach der ständigen Rechtsprechung des R.-V.-A. nur Anspruch, wer durch den erlittenen Körperschaden in seiner Erwerbsfähigkeit in einem solchen Grade beeinträchtigt ist, daß die Beeinträchtigung im wirtschaftlichen Leben als ein meßbarer Schaden in Betracht kommt. Davon kann aber im vorliegenden Falle nicht die Rede sein.

Zur Zeit des Unfalls vom 27. März 1905 hat der Verletzte als Fuhrknecht monatlich 40 Mark und freie Station, die für den Tag mit 1 Mark zu bewerten ist, erhalten. Seit dem Jahre 1907 ist er jedoch nicht mehr als Fuhrmann tätig, sondern arbeitet auf der Zeche Viktor in R. unter Tage. Sein Schichtlohn hat anfangs 4 Mark betragen und ist im Laufe der Zeit gestiegen. Jetzt verdient der Verletzte als Lehrhauer einen Schichtlohn von 5 M. Ist der Verletzte aber trotz des Fehlens des rechten Zeigefingers imstande, seit Jahren ohne Unterbrechung im Bergwerk unter Tage zu arbeiten, dabei die schwere Tätigkeit eines Lehrhauers zu verrichten und den gleichen Lohn wie andere unverletzte Lehrhauer zu erzielen, also eine ungleich schwerere und anstrengendere, aber auch besser gelohnte Arbeit als vor dem Unfall bei normalem Lohne zu leisten, so ist damit der Beweis erbracht, daß der Verletzte durch den vom Unfall herrührenden Schaden an seiner rechten Hand an der Entfaltung seiner vollen Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nicht mehr behindert ist und in seinem wirtschaftlichen Leben eine Einbuße nicht mehr erleidet. Der Verletzte hat es deshalb vermöge seiner körperlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten verstanden, die Folgen des Unfalls zu überwinden und auszugleichen und wiederum zu einem Vollarbeiter zu werden. Damit ist aber zugleich sein Anspruch auf eine Unfallrente untergegangen. Deshalb war dem Antrage der Berufsgenossenschaft zu entsprechen und unter Aufhebung des angefochtenen Urteils des

Schiedsgerichts die Teilrente des Verletzten mit Ablauf des Monats Juni 1911 aufzuheben.

D. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

Bekämpfung des Alkoholismus.

Beiträge zur Frage des chronischen Alkoholismus. Von Dr. Fahr. Virchows Archiv; 205. Bd, 1911.

Dafür, daß der Alkohol allein das Gift darstellt, welches die Leberzirrhose erzeugt, ist der experimentelle Beweis bisher noch nicht erbracht. Unzweckmäßige Ernährung, Luxuskonsumption von Eiweiß und daraus resultierende Stoffwechselstörungen spielen nach den Tierversuchen Ignatowskis bei der Erzeugung der Leberzirrhose eine große Rolle und kommen bei Zirrhotikern sehr häufig vor. Die Gastwirte, bei denen Unmäßigkeit im Trinken gewöhnlich mit der Unmäßigkeit im Essen gepaart ist, stellen ein großes Kontingent zur Gruppe der Zirrhotiker. Aehnlich wie bei der Leberzirrhose liegen die Dinge auch bei der Pachymeningitis haemorrhagica. Auch hier wird man dem Alkohol keine direkt ursächliche Wirkung, sondern nur eine disponierende Rolle zuschreiben dürfen. Bei der Nephritis chronica und der Arteriosklerose erscheint der Zusammenhang noch ungewisser. Ignatowski hat bei seinen Eiweißtieren sowohl Atheromatose, als parenchymatöse Nephritis erzeugt, Fahr selbst zwar keine Nephritis, aber hochgradigste Atheromatose der Aorta mit ihren großen Seitenästen, sowie der Arteria pulmonalis. Dagegen gelang es Fahr nie, durch Alkoholfütterung allein bei Kaninchen und Meerschweinchen Arteriosklerose zu erzeugen. Die wesentlichste Folgeerscheinung der chronischen Alkoholvergiftung war bei diesen Versuchstieren die Fettleber. Bei Orth heißt es schon 1894 in dem Lehrbuch der pathologischen Anatomie: „Die meisten Säufer haben keine zirrhotische, sondern eine Fettleber." Dabei läßt sich Fettinfiltration und Fettdegeneration häufig nicht streng scheiden. Die Alkoholkachexie, wie sie bei vorkommenden Säufern sich findet, scheint die Entwicklung der Leberverfettung in hohem Maße zu begünstigen. Von entzündlichen Veränderungen braucht diese Verfettung der Leber nicht begleitet zu sein.

Weniger regelmäßig als die Fettleber kommen Fettherz, chronische Leptomeningitis und Gastritis beim chronischen Alkoholismus vor. Ob der chronische Alkoholismus auch öfter zu degenerativen Veränderungen an den Nerven und speziell am Vagus Veranlassung gibt, bedarf noch weiterer Untersuchungen. Dr. Paul Schenk-Berlin.

Ueber die vom tierischen Organismus unter verschiedenen Bedingungen ausgeschiedenen Alkoholmengen. Von Wilh. Völtz und August Bandrexel. Pflügers Archiv für die gesamte Physiologie; 1911, Bd. 138 und 142.

Die Verfasser haben in der ernährungsphysiologischen Abteilung des Berliner Instituts für Gährungsgewerbe am ruhenden und am arbeitenden, auf der Tretbahn laufenden Hunde methodische Versuche über die Ausscheidung des Alkohols in der Expirationsluft und im Harn angestellt. Für den Menschen haben Atwater und Benedict nachgewiesen, daß ca. 98 % des eingeführten Alkohols verbrannt und nur ca. 2 % unverbrannt in der Atmungsluft und im Harn ausgeschieden werden. Von diesen zwei Prozent enthielt die Expirationsluft ungefähr neunmal so viel wie der Harn. Völtz und Bandrexel fanden bei ihren Versuchen, daß für die Menge Alkohol, die der Hund nach Aufnahme von Alkohol unverbrannt ausscheidet, bestimmend sind: 1. die eingeführte Alkoholmenge, 2. die Gewöhnung, 3. das gleichzeitig mit dem Alkohol aufgenommene Flüssigkeitsvolumen, 4. die geleistete Muskelarbeit.

Im einzelnen wurden nach einer Alkoholdosis von ca. 3 ccm pro Körperkilogramm und Tag in 9,84 % Lösung vom Hunde zunächst insgesamt 10—12 % der Zufuhr wieder ausgeschieden. Im Verlaufe von 10--12 Tagen sinkt dieser Wert unter dem Einfluß der Gewöhnung bis auf 8,3 %. Zunächst erscheinen in Harn und Atmung ungefähr gleiche Mengen Alkohol, später nimmt der ausgeatmete Alkohol kontinuierlich ab, so daß schließlich, im Gegensatz zum Menschen, zwei Drittel der gesamten ausgeschiedenen Alkoholmenge mit dem

Harn und nur ein Drittel mit der Atmung den Körper verlassen. Wird der Alkohol in der gleichen Menge, aber in der stärkeren Konzentration von 50 % zugeführt, so bleibt unverbrannt nur die halbe Menge von dem bei der schwächeren Konzentration nicht verbrannten. Unter dem Einfluß der Gewöhnung sinkt dieser Wert innerhalb drei Wochen noch um ein Drittel. Bei der Zufuhr von nur 0,7—1,15 ccm Alkohol pro Körperkilogramm und Tag in einer Dosis und in 9,84 % Lösung werden zunächst insgesamt 4 % des aufgenommenen Alkohols unverbrannt in Harn und Atmung ausgeschieden. Unter dem Einfluß der Gewöhnung sinkt dieser Prozentsatz schließlich bis auf 0,7 bis 0,9 %. Bei Laufarbeit des Hundes (8,4 km in 1½ Stunden) erhöht sich infolge der gesteigerten Atemfrequenz die Menge des unverbrannt ausgeschiedenen Alkohols auf das 2,66fache der in der Ruhe ausgeschiedenen. Immerhin werden selbst von dem unmittelbar nach der Alkoholzufuhr 2 Stunden lang Laufarbeit verrichtenden Hunde 90,5 % des eingeführten Alkohols verbrannt.

Versuche des Verfassers an drei Menschen ergaben das folgende Resultat: nach Zufuhr von 0,8 –1,1 ccm Alkohol pro Körperkilogramm, d. h. in den betreffenden drei Fällen 55—75 ccm (!) Alkohol in 20—50 % Lösung in einer Dosis, wurden 0,23—1,14 % der zugeführten Alkoholmenge im Harn wieder gefunden. Dr. Paul Schenk-Berlin.

Ueber den Einfluß der kleinen Alkoholgaben auf die Entwicklung der Tuberkulose im tierischen Körper mit besonderer Berücksichtigung der Nachkommenschaft. Von Paav. Laitinen. Zieglers Beiträge zur pathol. Anatomie und allgemeinen Pathologie; Bd. 51.

In Erweiterung eigener früherer Untersuchungen, die später von Kern bestätigt wurden, weist L. auch in der vorliegenden experimentellen Arbeit nach, daß bei gleichzeitiger Verabreichung von geringen Alkoholdosen, 0,1 ccm pro Kilogramm Tier täglich, sowohl Meerschweinchen wie Kaninchen eine ber deutend geringere Widerstandsfähigkeit gegen Tuberkulose zeigen gegenübe- Kontrolltieren; diese minimalen Alkoholgaben schädigen auch deren Nachkommenschaft erheblich. Prof. H. Merkel-Erlangen.

Alkohol und Keimzellen (Blastophtorische Entartung). Von Professor Dr. A. Forel. Münchener med. Wochenschrift; 1911, Nr. 49.

Die Keimzellen oder Geschlechtszellen sind die Träger der Vererbung aller Eigenschaften der Art bei allen Lebewesen. Die Vererbung besteht aus der latenten oder versteckten Fähigkeit (Energie) der beiden verbundenen elterlichen Keimzellen, sämtliche Eigenschaften des Reiches, der Klasse, der Ordnung, der Gattung, der Art und der Varietät der Verfahren einer Art auf die Nachkommen in ihren Hauptzügen zu übertragen. Erblich sind die Funktion und die Geisteseigenschaften genau so gut wie die Formeigenschaften des Körpers. Die Vererbung besteht in sehr ungleichmäßigen Kombinationen der Eigenschaften der väterlichen und mütterlichen Aszendenz. Zur Bildung eines guten und tüchtigen Menschen genügt daher nicht blos Ernährung und Erziehung, sondern vor allem eine tüchtige Qualität seiner Aszendenz.

Außer der die Qualität unserer Keime verderbenden schlechten Zuchtwahl haben wir leider noch andere, mindestens ebenso wichtige Quellen der Entartung oder „Kakogenik" (im Gegensatz zur Eugenik) unter uns. Verfasser hat unter dem Namen Blastophthorie oder Keimverderbnis sämtliche Einwirkungen zusammengefaßt, die, ohne als solche zur Erblichkeit zu gehören, die Textur der Keime direkt stören oder verderben, so daß die Produkte solcher Keimzellen, die an und für sich vor jenen Einwirkungen gut waren, in ihrer Weiterentwicklung durch Störung ihrer latenten Determinanten (Vorausbestimmungsenergie) sich minderwertig gestalten.

Die Keimvergiftung durch den Alkohol bildet das Prototyp der Blastophthorie und deshalb eine Hauptquelle der sogenannten erblichen Entartung unserer menschlichen Kulturrassen, weil diese den Alkohol zum täglichen Genußmittel gemacht haben.

Es gibt nun zwei Formen der alkoholischen Blastophthorie: die akute und die chronische. Bei der akuten ist der Zeugende während der Zeugung berauscht, d. h. daß sein Körper mit Alkohol imprägniert ist, während die chronische darin besteht, daß die Einwirkung täglich genossener Alkohol-

dosen die Keimdrüsen beständig alteriert und schließlich die Keimzellen dauernd krank macht oder zerstört.

Verfasser geht dann in längeren interessanten Ausführungen näher auf die verschiedenen Methoden ein, vermittels deren man die Alkoholblastophthorie nachweisen kann. Bei der akuten Blastophthorie und Vergiftung einzelner Keimzellen hebt er besonders hervor, daß der aufgenommene Alkohol als solcher sehr schnell in die Geschlechtsdrüsen und in die Samenflüssigkeit übergeht. Als bsonders gefährdet gelten von jeher die Kinder, die im Rausche erzeugt sind. Von 97 solcher Kinder blieben nach Lippich nur 14 ohne Gebrechen, während die übrigen 83 an allerlei mehr oder weniger schweren Krankheiten (an Skrofulose 28, an Lungentuberkulose und Atrophie, sowie an mangelhafter Körperentwicklung je 3, an Bleichsucht und Stumpfsinn je 4, an Rhachitis und Wasserkopf je 1, an Gehirnentzündung und Brustkrankheiten je 6) litten. Aehnliche Beobachtungen haben auch andere Autoren gemacht. Besonders soll Trunkenheit zur Zeit der Konzeption eine Ursache der Epilepsie sein.

Dr. Bezoller hat nach einer schweizerischen Volkszählung (von 1880 bis 1890) für das ganze Land 8190 Idioten festgestellt und gefunden, daß für jene Idioten neben den normalen noch zwei kurze Zeugungsmaxima, je zur Zeit der Weinlese und der Fastnacht bestehen, während das Zeugungsmaximum der übrigen (nicht idiotischen) Bevölkerung im Sommer ist. Ferner hat Dr. Schweighofer, Direktor der Irrenanstalt in Salzburg, bei 27000 Geburten gefunden, daß in der Zeit, wo dort am meisten getrunken wird, nämlich im März — April, August — September und November — Dezember die meisten Zeugungen von Totgeburten stattfinden pp.

Die chronische Blastophthorie oder chronische Vergiftung der Keimdrüse läßt sich nachweisen durch:

1. Anatomische Untersuchung der Keimdrüsen verstorbener Alkoholiker, wie es von Hoppe, Rösch, Berthelot, Simmonds und Weichselbaum mit Erfolg geschah;

2. Tierexperimente, wie sie zuerst von Combemale, dann von Hodge und insbesondere von Laitinen mit Erfolg ausgeführt wurden. Dieser hat in überzeugender Weise festgestellt, daß die tägliche Dosis von 0,1 ccm Alkohol per Kilo Tier genügt, um die Widerstandsfähigkeit der Tiere gegen Krankheiten (Toxine) zu vermindern, die hämolytische Fähigkeit des Blutes herabzusetzen, die Lebenskraft und das Wachstum der Nachkommen zu vermeiden (s. das vorstehende Referat);

3. Vergleichende Statistiken und Beobachtungen bei Menschen, besonders in bezug auf Lebensdauer, Morbidität, Vergleichung der Kinder trunksüchtiger Eltern mit denjenigen nüchterner Eltern, dann in bezug auf Prozentzahl der Trinker bei der Aszendenz der Epileptiker, Idioten, Entarteten, Tuberkulösen, stillungsunfähigen Mütter und Geisteskranken pp., wie es in umfangreichen Untersuchungen von seiten v. Bunges, Laitinens, Legrains, Martin, Koller und Diem mit Erfolg geschehen ist;

4. Untersuchung der Nachkommenschaft von Abstinenten, Mäßigen und Trinkern, wie sie in umfangreichem Maße von Laitinen durchgeführt wurde, der fand, daß die Kinder der Abstinenten rascher an Gewicht zunehmen, ihre Zähne früher bekommen und eine geringere Sterblichkeit aufweisen als die Kinder der Mäßigen und daß die Kinder der Mäßigen ebenso sehr im Vorteil gegenüber den Trinkerkinder sind. Der gleiche Autor hat an 223 Personen mit dem stärkeren Alkoholkonsum die progressiv abnehmende hämolytische Fähigkeit des Blutes nachgewiesen, wodurch die Resistenzfähigkeit gegen Infektionskrankheiten entsprechend abnimmt;

5. neuere Erhebungen, wie sie von Frl. Ehrlich unter Leitung von Prof. Mahaim, Direktor der Irrenanstalt in Cery bei Lausanne in einer sehr lehrreichen Statistik und von Dr. Schweighofer, Direktor der Irrenanstalt Salzburg in zahl- reichen und verschiedenen Untersuchungen erfolgten;

6. genaues Studium der Nachkommenschaft einiger Trinker während vieler Generationen, wie es z. B. von Pelmann, Joerger, Beck geschah;

7. genaue Untersuchung von Gegenbehauptungen auf ihre Beweiskräftigkeit.

Verfasser kommt dann zu seinen Schlußbetrachtungen und betont, daß, wenn auch die Frage der Blastophthorie noch durch weitere Erhebungen, Be-

obachtungen und Experimente immer tiefer ergründet und klargestellt werden muß, man doch heute schon soviel sagen kann, daß die Entartung durch Keimvergiftung unbedingt feststeht. Er glaubt schließlich zwei Tatsachen noch besonders hervorheben zu müssen:

1. „Unsere Kulturrassen sind bedenklich entartet; dies beweisen nicht nur die Zunahme der Geistes- und Nervenkrankheiten, der Tuberkulose, der Stillungsunfähigkeit der Mütter, der schlechten Zähne pp., sondern vor allem das immer elendere Resultat der Qualität der Rekrutenaushebungen. Dies beruht einerseits auf der durch Kultur bedingten, geradezu verkehrten Zuchtwahl (Erhaltung der Schwachen und Entarteten sowie Tötung im Krieg oder Ueberlastung der Gesunden und Kräftigen); anderseits auf dem zunehmenden Alkoholkonsum, wogegen nur Abstinenz und Eugenik erfolgreich ankämpfen können.

2. In Schweden, wo 1860 eine radikale und bedeutende rasche Herabsetzung des Alkoholkonsums stattfand, die seither sich noch langsam weiter entwickelte, beobachtete man seit etwa 1880 eine stetige Besserung des Resultates der Rekrutenaushebungen (damals 29 Proz. Untaugliche, heute nur noch 19 Proz.), obwohl der Maßstab gleichblieb. Diese Tatsachen und ähnliche beobachtete Besserungen in Norwegen und überall da, wo die Abstinenzbewegung seit langer Zeit große Fortschritte gemacht hat, scheinen zu zeigen, daß schon n der ersten und mehr noch in den folgenden Generationen eine Regeneration der blastophthorischen Entartung stattfindet, wenn die allgemeine Vergiftung der Keime aufhört."

Diese Tatsachen sind ermutigend für den großen, sozialen Reformkampf gegen Unverstand, Schlendrian, Unwissenheit, Indifferenz und vor allem gegen die schnöden Geldinteressen der Leute, die aus der Alkoholvergiftung der Völker leben und diese Vergiftung ausbeuten. Die Abstinenzbewegung ist auf dem rechten Wege und muß schließlich siegen. Dr. Waibel-Kempten.

Ist Alkoholismus eine Ursache der Entartung. Von Dr. Hugo Hoppe, Nervenarzt in Königsberg. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 45, Heft 1 und 2.

Verfasser wendet sich scharf gegen den von Fehlinger in diesem Archiv (1911, Bd. 41, 302—306) veröffentlichten Aufsatz[1]) und gegen die Ansicht von Näcke, der die von der Volksmeinung behauptete entartend wirkende Zeugung im Rausch in starke Zeifel gezogen hat. Die entartende Zeugung im Rausch oder besser im alkoholosierten Zustande ist durch zahlreiche Tierversuche experimentell nachgewiesen; es ist sogar durch sehr feine chemische Methoden von Nictoux und Renant nachgewiesen, daß der Alkohol sehr schnell in die Geschlechtsdrüsen, auch in die Samenflüssigkeit übergeht.

Außer vielen anderen Statistiken ist namentlich die von Berzola, wenn auch nur indirekt, beweisend. Bei dem großen Material von Schwachsinnigen, die ihm die Schweizer Zählung von 1897 lieferte, konnte er feststellen, daß ihre Zeugungsdaten sich gegenüber den Zeugungen normaler Kinder in drei Zeitabschnitten häuften, in denen erfahrungsgemäß am meisten getrunken wird, nämlich im Februar (Fastnachtszeit), April bis Juni (Hochzeits- und Maibowlen-Zeit) und im Oktober (Weinmostzeit). Laitinen, der die meisten Alkohol-Versuche an den verschiedensten Tiersorten ausgeführt hat, sagt: „Wenn wir alle Beobachtungen zusammenfassen, erkennen wir, daß sie, mögen sie sich auf ein größeres oder kleineres Material stützen, nach derselben Richtung weisen; sie zeigen, daß der Alkoholgenuß der Eltern, selbst in geringen Mengen, einen entartenden Einfluß auf den Menschen ausgeübt hat." — Jedenfalls ist dem Verfasser zuzustimmen, wenn er die Anschauungen Fehlingers, die sich nur auf die sehr mangelhaften und als falsch nachgewiesenen Untersuchungen von Pearson und Elderton stützen, als wissenschaftlich unhaltbar und irreführend bezeichnet. Dr. v. Mach-Bromberg.

Alkoholmißbrauch in Hamburg in seinen Beziehungen zum Jugendalter. Von Dr. Meldola-Hamburg. Zeitschrift für die Erforschung des jugendlichen Schwachsinns; Bd. V, H. 3—5.

[1]) Vom Referenten auch abfällig kritisiert in Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1911, S. 890.

Wenn die Jugend selbst Alkohol trinkt und ihr dieser von den Eltern gestattet wird, so geschieht das hier zu Lande meistenteils aus Unkenntnis der Schädlichkeit des Alkohols. Hier müßte auf alle mögliche Weise die Belehrung einsetzen. Die Schule könnte da manches erreichen, indem sie bei jeder Gelegenheit auf die Schädlichkeit dieses Genußmittels hinweist. Auch die Aerzte könnten manches Gute wirken, wenn sie die Verordnung von „Stärkungsweinen" auf das allergeringste Maß, am besten auf Null, beschränken würden; denn darüber, daß jeder regelmäßige Alkoholgebrauch von seiten eines Kindes Mißbrauch ist, kann wohl kein Zweifel mehr bestehen; das Publikum sagt sich aber, was der Arzt verordnet, kann doch nicht schädlich sein. Vielleicht könnte man auch an ähnliche Gesetze denken, wie die englische „Children act" von 1908. Aber mehr noch als Gesetze würde das Beispiel der oberen Schichten der Bevölkerung auf die unteren wirken. Schwieriger ist die Frage, wie man die Jugend vor den schädlichen Folgen des Alkoholmißbrauches der Erwachsenen schützen soll. Sie fällt zusammen mit der Frage der Bekämpfung des Alkoholismus im allgemeinen. Die Ursache des Alkoholismus bei den Arbeitern liegt, abgesehen von hereditären Gründen, wohl darin, daß das Leben vieler Lohnarbeiter monoton und ihre Häuslichkeit ohne Anziehungskraft ist. Der Arbeiter hat aber lebhafte soziale Instinkte. Er fühlt sich nur wohl, wenn er sich mit seinesgleichen ohne Zwang treffen kann. Das bietet ihm die Wirtschaft. Nur eine ganz allmähliche Hebung der Lebenshaltung und Gewohnheiten der arbeitenden Stände kann hier gründlich Wandel schaffen, die Jugend vor einem ihrer größten Feinde und damit die Rasse vor der Entartung bewahren. Eine gewisse bessernde Einwirkung läßt sich freilich bereits auf dem Wege der Volksbelehrung, des Unterrichts und Beispiels seitens der Schule, wie auch einer schärferen Ueberwachung und eventuellen Strafverfolgung der Alkoholisierung des Kindesalters erhoffen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Der Alkoholismus im Heere. Von Stabsarzt Dr. P. Consiglo. Archivio di Antropologia criminale etc.; 1911, Heft 4 und 5.

In dieser Abhandlung werden interessante Mitteilungen über den Alkoholismus im italienischen Volk und besonders im italienischen Heere gemacht, wobei Vergleiche mit anderen Ländern gezogen werden. Zunächst wird der noch immer vertretenen Ansicht, daß in Italien eigentlich von einem Abusus spirituosorum nicht die Rede sei, energisch widersprochen. Die Zunahme im Alkoholkonsum in Italien ist, wie ziffernmäßig dargelegt wird, eine bedeutende, und die Schädigungen des Alkoholismus in sozialer Beziehung sind in erschreckender Zunahme begriffen. Besonders hat sich auch im Heere der Genuß alkoholischer Getränke gesteigert. Wenn Italien bezüglich des Alkoholkonsums in den 90er Jahren mit 10,3 Liter absoluten Alkohol pro Kopf und Jahr an sechster Stelle unter den Kulturstaaten stand, so ist jetzt eine wesentliche Verschlechterung eingetreten. An einer Statistik für das ganze Land fehlt es zwar, jedoch gibt es aus verschiedenen Provinzen und Städten statistische Angaben; hiernach steigt der Alkoholverbrauch bis auf durchschnittlich 24 Liter, während in Frankreich nur etwa 16 L. auf den Kopf und das Jahr kommen. Außer Wein wird auch viel Schnaps getrunken. Dementsprechend weisen die Zahlen über den Tod infolge Alkoholismus, über die alkoholischen Irreseinsformen, über die durch Alkoholismus hervorgerufenen Straftaten u. a. m. eine ständige Zunahme auf. So sind die Alkohol-Psychosen in den italienischen Irrenanstalten auf das 7fache gestiegen, während die Psychosen überhaupt sich verdoppelten (im Laufe der letzten 20 Jahre). Im besonderen hat die Zahl der wegen Alkoholismus behandelten Soldaten erheblich zugenommen und beträgt durchschnittlich 0,19 pro mille. Die entsprechende Verhältniszahl für Deutschland ist 0,12, für Frankreich 0,2; dabei ist in Deutschland eine merkliche Abnahme gegen früher zu verzeichnen. Was die durch Alkohol verschuldeten Vergehen und Verbrechen betrifft, so gilt in Italien die Trunkenheit nach dem Militärstrafgesetz als strafverschärfend. In Rom ist festgestellt, daß die militärischen Verstöße gegen die Disziplin unter der Einwirkung des Alkohols etwa 66 % ausmachen. Alles in allem rechnet Verfasser 38 % auf alkoholische Straftaten. In Deutschland werden durchschnittlich 46 %, bei der Marine 75 %, in Bayern sogar bis 80 % der Straftaten der Soldaten auf Alkohol zurückgeführt.

Während aber in den anderen Ländern der Kampf gegen den Alkohol nachdrücklich aufgenommen ist und mancherlei Erfolge erzielt worden sind, wie man u. a. aus der Abnahme des Delirium tremens (im amerikanischen Heere von 1,6 auf 0,6 pro mille innerhalb 12 Jahren) ersieht, ist in Italien noch nicht viel zu dem Zweck geschehen. Als wirksame Mittel sind anzusehen: Belehrungen der Soldaten, Verbot des Verkaufs von Spirituosen in den Kantinen, Bestrafung der Trunkenheit, vor allem aber Sorge für Ablenkung vom Wirtshausbesuch durch Beschaffung anständiger und anheimelnder Aufenthaltsräume (nach dem Vorbilde der Franzosen) und dergl. mehr.

Dr. Solbrig-Königsberg.

Verbrechen und Alkohol. Eine statistische Betrachtung von Strafanstaltsinspektor v. Baehr-Breslau.

Einen wertvollen Beitrag für die Verbindung zwischen Alkohol und Verbrechen liefert u. a. die vom preußischen Ministerium des Innern herausgegebene Statistik über die persönlichen Verhältnisse der neu eingelieferten Zuchthausgefangenen beiderlei Geschlechts. Besondere Spalten dieser Nachweisung führen nämlich den Titel: „Gewohnheitstrinker“ und „Tat in der Trunkenheit begangen“. Eine Zusammenstellung aus den letzten zehn Jahren ergibt folgendes interessante Resultat:

Die Zahl sämtlicher Gewohnheitstrinker beiderlei Geschlechts ist in dem erwähnten Zeitraum um 2,9 % gesunken. Während die Anstaltsärzte im Jahre 1900 18,5 % aller Eingelieferten als Gewohnheitstrinker bezw. Trinkerinnen festgestellt hatten, war das im Jahre 1909 nur bei 15,6 % der Zugänge der Fall. Den Höchstbestand weist die Statistik des Jahres 1907 mit 18,7 %, den niedrigsten dagegen diejenige des Jahres 1909 nach. Die Zahlen derjenigen Verurteilten, die ihre Straftat in der Trunkenheit begangen haben wollen, ist dagegen gestiegen: von 1900 = 24,3 % auf 1909 = 25,9 % (Höchstbestand 1905 mit 27,7 %). Diese im Gegensatz zu der Zahl der eruierten Gewohnheitstrinker bedeutend höhere Ziffer ist leicht dadurch zu erklären, daß die Gefangenen auf die in der Strafanstalt an sie gerichtete entsprechende Frage wohl stets mit Nachdruck betonen werden, daß sie bei Begehung ihres Verbrechens trunken gewesen sind; allein um zu beschönigen. Da eine gerichtliche Mitteilung über diesen Punkt nicht erfolgt, auch eine Nachprüfung an Hand der Untersuchungsakten schwer durchgeführt werden kann, ist diesen Angaben natürlich ein wesentlicher Wert nicht beizumessen, immerhin können sie doch einen Anhalt geben.

Hinsichtlich der Beteiligung der beiden Geschlechter an den erwähnten Gesamtzahlen läßt sich etwas sehr Interessantes feststellen. Nach der Statistik haben in den letzten zehn Jahren die mit Zuchthaus bestraften Gewohnheitstrinker ab-, die Gewohnheitstrinkerinnen aber zugenommen. Erstere sind von 19,4 % (Höchstbestand) auf 15,5 %, also um 3,9 % gesunken, letztere dagegen um 4,7 %, d. h. von 12,4 % auf 17,1 % (Höchstbestand) gestiegen und übertreffen demnach zurzeit die Männer. Da diese Feststellungen von den Anstaltsärzten gemacht worden sind, demnach auf wissenschaftlicher Basis beruhen, geben sie doch zu denken.

Bei denjenigen Zuchthausgefangenen, welche im Rausch gehandelt haben wollen, ist das Verhältnis ein umgekehrtes: die Zahl der Männer hat, wenn auch nur unwesentlich (+ 0,6 %) zu-, die der weiblichen Sträflinge um 0,4 % abgenommen. Eigentümlich berührt der Nachweis, daß die Zahl der festgestellten Gewohnheitstrinker wohl bei den Männern eine geringere ist, als diejenige, deren Straftat in der Trunkenheit begangen wurde, daß bei den Weibern aber das gerade Gegenteil vorliegt! 1909 z. B. bei den Männern 15,5 % Gewohnheitstrinker und 28,0 % Trunkenheitsdelikte, bei den Weibern dagegen 17,1 % Gewohnheitstrinkerinnen und 4,6 % Trunkenheitsdelikte. Die verbrecherischen Frauen handeln danach anscheinend weit seltener in der Trunkenheit, sind aber dafür häufiger als Alkoholisten anzusprechen. Inwiefern die Mäßigkeitsbestrebungen und insbesondere die soziale Fürsorge bei der im allgemeinen festzustellenden Abnahme der Gewohnheitstrinker von Einfluß gewesen sein mögen, läßt sich natürlich schwer sagen. Ebenso schwer fällt die Behauptung, daß die angeführten Zahlen gänzlich einwandfrei sind; beruhen sie doch mehr oder minder auf subjektiven Ansichten.

Die vorstehenden Feststellungen lassen natürlich keinen unbedingten Schluß auf die jeweilige Einwirkung des Alkohols hinsichtlich der Gesamtkriminalität zu; es handelt sich ja nur um die Zuchthausgefangenen. Wir sind aber bereits einen Schritt weitergekommen dadurch, daß die Statistik des preußischen Ministeriums des Innern eine entsprechende Nachweisung auch bezüglich der Gefängnisgefangenen vorsieht.

Die letzte Statistik hat schon die persönlichen Verhältnisse der Insassen der Gefängnisse in der Rheinprovinz in den Kreis ihrer Betrachtung gezogen, soweit sie nämlich eine Freiheitsstrafe über drei Monate zu verbüßen haben. Diese Nachweisung ist um so mehr von Interesse, als sie dartut, daß einmal kriminell gewordene Gewohnheitstrinker anscheinend mit der Zeit zu immer schwereren Rechtsbrüchen neigen. Insgesamt sind unter den Gefängnissträflingen nur 4,0 % Gewohnheitstrinker festgestellt worden (gegen 15,6 % bei den Zuchthausgefangenen) und zwar 4,4 % (15,5 %) Männer und 0,5 % (17,1 %) Weiber.

Auch aus dieser allerdings nur einen Teil sämtlicher Rechtsbrecher umfassenden Feststellung läßt sich ersehen, daß der Alkohol bei der Begehung strafbarer Handlungen eine erhebliche Rolle spielt. Zur Vervollständigung und wissenschaftlichen Verwertung wäre es vielleicht erwägenswert, ob nicht die Gerichte gelegentlich der Einlieferung eines Gefangenen, ohne Rücksicht auf die Strafart und Strafdauer, verpflichtet werden könnten, den Strafanstaltsdirektionen eine kurze Notiz aus den Akten darüber zukommen zu lassen, ob die Straftat die Folge eines Alkoholexzesses gewesen ist oder nicht. Für die Strafanstaltsbeamten und im allgemeinen auch für die Kriminalisten (für letztere durch die Statistik) würde diese vom Gericht ausgehende Feststellung insofern von Wert sein, als sie einen Schluß auf vorhandene verbrecherische Gesinnung zuließe. Diese allein sollte doch für die Schärfe des Strafvollzuges, richtiger für die individuelle Behandlung des Sträflings während der Strafverbüßung entscheidend sein.

Aerztliche und juristische Forderungen für die Heilung Alkoholkranker. Von Dr. med. Nonne-Hamburg. Verlag von Deutschlands Großloge II des I. O. G. T., 1911.

Zur Heilung eines nicht belasteten Alkoholikers genügt nach Nonne manchmal das suggestive Auftreten eines einflußreichen, in puncto Alkoholfrage erfahrenen Arztes. Eine derbe Predigt mit Hinweis auf die tausendfältig gemachten Erfahrungen reicht bisweilen aus, um den Anschluß an einen Enthaltsamkeitsverein herbeizuführen. Weit schwieriger sind disponierte oder belastete Alkoholiker zu behandeln. Der Alkohol ist unter allen Umständen sofort und gänzlich zu entziehen. Für wiederholt Rückfällige ist die Aufnahme in eine Trinkerheilstätte unbedingt zu empfehlen. Nonne, seit 15 Jahren Leiter einer Trinkerheilstätte, gibt an, nach genügend langem Aufenthalt 48 % der Insassen geheilt zu haben. „Geheilt" soll heißen: zwei volle Jahre nach der Entlassung noch nicht rückfällig. Das wäre nach sonstigen Erfahrungen ein ganz überraschend günstiges Resultat. Für Unheilbare werden große, möglichst einfache Asyle mit Gelegenheit zu nutzbringender körperlicher Arbeit vorgeschlagen; Nonne denkt dabei an die großen Heide- und Hochmoor-Terrains. Auch Dr. Cimbal, der Leiter der Altonaer Trinkerfürsorgestelle, hält für die psychopathischen, immer wieder rückfälligen Trinker eine abstinente und fluchtsichere Pflegeanstalt mit ausgedehnter Arbeitsbehandlung für dringend notwendig. Entlassung dürfte erst nach mehrjährigem Aufenthalt und stufenweise erfolgen.

Unter den gesetzlichen Maßnahmen bedeutet die Errichtung von Berufsvormundschaften für Trinker in der Form der Sammelvormundschaft eine wertvolle Ergänzung der Entmündigung wegen Trunksucht. Auch ist es dankbar zu begrüßen, daß der Strafgesetzentwurf die zwangsweise Ueberweisung eines straffällig gewordenen Trinkers an eine Heilstätte vorsieht.. Die Entlassung aus der Heilstätte sollte nur als eine bedingte stattfinden; der Kranke müßte wieder zurückgeliefert werden, sobald er von der Totalabstinenz abweicht. In den Strafanstalten sollten schon jetzt sämtliche Angestellte, Aerzte, Geistliche, Lehrer Abstinenz lehren und praktisch ausüben. Außerdem fordert Nonne ein gesetzliches Verbot der Verabreichung von Alkohol an Kinder und eine

Zusammenstellung der auf Trinkerfürsorge und Trunkenheits-Delikte bezüglichen Vorschriften. Dr. Paul Schenk-Berlin.

Trinkerbehandlung einst und jetzt. Von Dr. med. Colla. Vortrag auf der 12. Jahresversammlung des Verbandes von Trinkerheilstätten des deutschen Sprachgebietes. Berlin, Mäßigkeits-Verlag, 1911.

Vor wenig mehr als 20 Jahren stand man dem Trunksuchtselend noch gänzlich hilflos gegenüber. Die Trinksitte machte die Aerzte unfähig, den Gedanken zu fassen, daß man die geistigen Getränke gänzlich meiden könne und nötigenfalls meiden müsse. Die Zahl der gegen die Trunksucht und das Delirium tremens jeweilig empfohlenen Mittel ist unermeßlich; auch die Ekelkur spielte eine Rolle. In den Sanatorien setzte man aus Furcht vor Abstinenzdelirien die neu Aufgenommenen zunächst einmal gründlich unter Alkohol. Gegenwärtig ist die Behandlung des Trinkers im wesentlichen pädagogisch-suggestiv. Der Alkohol wird sofort in jeder Form, auch in der geringsten Konzentration, also als leichtestes Bier, gänzlich entzogen, alle Bemühung darauf gerichtet, den Kranken zur völligen und lebenslänglichen Enthaltung von geistigen Getränken zu erziehen. Die Zahlen der durch diese Behandlung Geheilten, Gebesserten und der Unheilbaren schwanken je nach der Auffassung des Beurteilers, können auch nicht immer an den aus den Heilstätten Entlassenen kontrolliert werden. Es besteht ein dringendes Bedürfnis nach einem Gesetz über die Trinkerversorgung. Dr. Paul Schenk-Berlin.

Allgemeine Krankenhäuser und die Bekämpfung des chronischen Alkoholismus. Von Dr. Konrad Sick, Chefarzt am städtischen Krankenhaus in Stuttgart. Medizin. Korrespondenzblatt des Württembergischen ärztlichen Landesvereins; 1911, Nr. 40.

Der Krankenhausarzt vermag sich auf dem wenig ergiebigen Felde der Bekämpfung des Alkoholismus wirksamer als der Arzt mit allgemeiner Praxis zu betätigen. Die im berauschten Zustande ins Krankenhaus Gelangenden sind meist unangenehme Patienten; trotzdem sollte man sie im allgemeinen nicht abweisen, um sie unter Umständen im nüchternen Zustande wieder zu bestellen. Außer der schweren Bezechtheit und den Hautabschürfungen am Kopf kann vielleicht ein Schädelbruch oder eine Gehirnblutung vorliegen. Auch wird die Folge der Abweisung nicht selten bis zur sinnlosen Betrunkenheit und polizeilichen Einweisung ins Krankenhaus fortgesetztes Trinken sein. Oefter werden Berauschte im Status epilepticus eingeliefert, oder es entwickelt sich später im Anschluß an eine fieberhafte Erkrankung Delirium tremens.

Vielfach präsentiert sich der chronische Alkoholismus dem Krankenhausarzt als das ätiologische Moment von Leberzirrhosen, Magen- und Darmaffektionen, Gicht, Neuritis, Polyneuritis, Herzleiden, Arterien- und Nierenerkrankung, Korsakoffscher Psychose, Paralyse und Tabes ähnlichen Zuständen. Wenn man die Zahl der ausgesprochenen Potatoren unter den jeweiligen männlichen Patienten auf 10 % bemißt, wird man nicht zu hoch greifen. Die Grenze der auf das Konto des Alkohols zu setzenden Organveränderungen, die durch eine Entziehungskur nicht mehr zu beeinflussen sind, darf man nicht zu eng ziehen. Man sieht scheinbar schon völlig geknickte Existenzen nach Entziehungskuren in überraschender Weise geistig und körperlich wieder aufleben. In Stuttgart hat man die Beratungsstelle für Alkoholkranke im Krankenhause untergebracht; dadurch wird von vornherein ein willigeres Entgegenkommen der Trinker verbürgt. Die meisten sehen ein, daß man, um zu heilen, das Uebel an der Wurzel angreifen, radikale Abstinenz fordern muß. Von 10 Fällen bedeuten allerdings 8—9 verlorene Mühe.

Dr. Paul Schenk-Berlin.

Was sagt die Geschichte zur Alkoholabstinenz? Von H. Severinus. Kritische Beiträge zur Alkoholfrage; Heft 2. Berlin 1911. Verlag von Paul Parey. 73 S. Preis: 1,20 M.

Gründliche Geschichtskenntnisse ermöglichen es dem Verfasser, die Uebertreibungen der Abstinenzpropaganda mit Geschick zu widerlegen. Gegenüber den Tierexperimenten und den experimentell-psychologischen Versuchen steht das Riesenexperiment der Weltgeschichte. Alle für die Vorwärtsentwickelung

der Menschheit bedeutenden europäischen Völker haben dem Alkohol gehuldigt. Weinfrohe Attiker waren es, die bei Marathon wassertrinkende Perser glänzend schlugen. „Des Deutschen Reiches Schlafmütze“, Kaiser Friedrich III im fünfzehnten Jahrhundert, war ein Freund der Abstinenz. Die einfache Formel „wo Degeneration, da Alkohol“, auf welche die Abstinenten das ungeheuer komplizierte Degenerationsproblem reduzieren wollen, wird den Tatsachen in keiner Weise gerecht. Die Fürstengeschichte liefert eine ganze Reihe von Beispielen, wo selbst bei stärkster alkoholischer Belastung keine Spur von Degeneration vorhanden war. Auch die Stellung der großen Tatmenschen und der großen Künstler der Vergangenheit zum Alkohol kann nicht gerade als Empfehlung für die Abstinenz gelten. Dr. Paul Schenk-Berlin.

Einige Wahrheiten über das Bier. Von Dr. med. Wagner. Kritische Beiträge zur Alkoholfrage; Heft 1, Berlin 1911. Verlag von Paul Parey.

Der Genuß von nicht zu großen Mengen Bier ist nützlich. Biergenuß erhöht die Verdaulichkeit anderer Nahrungsmittel, vor allem die des Fettes. Mäßiger Biergenuß macht traumlosen, erquickenden Schlaf.

Dr. Paul Schenk-Berlin.

Tagesnachrichten.

Im Kaiserlichen Gesundheitsamt sind **Entwürfe zu Festsetzungen über Nahrungsmittel** ausgearbeitet, die im Verlage der Verlagsbuchhandlung von Jul. Springer in Berlin erschienen sind. Durch diese Festsetzungen über die Beschaffenheit und Beurteilung der Lebensmittel sollen die in dieser Hinsicht zurzeit herrschenden und sowohl von seiten der Hygieniker und Nahrungsmittelchemiker, als von seiten der an der Erzeugung und dem Handel mit Lebensmittel beteiligten Berufskreise einmütig anerkannten Mißstände beseitigt werden. Die Entwürfe betreffen zunächst Festsetzungen über Honig, Essig und Essigessenz, sowie über Speisefette und Speiseöle; sie sind bereits jetzt veröffentlicht, um allen Beteiligten Gelegenheit zu geben, dazu Stellung zu nehmen. Die infolgedessen eingehenden Aeußerungen sollen sorgfältig geprüft und geeignetenfalls bei der endgültigen Fassung, die demnächst im Reichsgesundheitsamt unter Zuziehung von Sachverständigen aus den einschlägigen Gewerbe- und Handelskreisen sowie von geeigneten Vertretern der praktischen Nahrungsmittelchemie erfolgen wird, berücksichtigt werden.

Aus **Bayern.** Nach einer Bekanntmachung des Ministeriums des Innern vom 4. Juli 1912 wird 1912/13 eine **Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst** abgehalten werden. Zulassungsgesuche sind spätestens bis 30. September 1912 bei der K. Regierung, Kammer des Innern, einzureichen, in deren Bezirk der Gesuchsteller seinen Wohnsitz hat. Den Gesuchen ist der Approbationsschein sowie die Promotionsurkunde in Urschrift beizulegen; auch ist die Adresse genau anzugeben.

Ebenso wird auch in diesem Jahre in der Zeit vom 21. bis 26. Oktober ein **hygienischer Fortbildungskursus für Amtsärzte, Verwaltungsbeamte und Beamte der Bauverwaltung** im Hygienischen Institute zu München stattfinden, für den folgende Vorträge in Aussicht genommen sind: Ministerialrat Prof. Dr. Dieudonné: Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten. — Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. von Gruber: Beseitigung der Abfallstoffe, Arten und Mengen, Beschaffenheit, wirtschaftlicher Wert und Gesundheitsschädlichkeit, natürliche Zerstörung der Abfallstoffe; wohin damit? — Flußverunreinigung und Flußselbstreinigung, Abfuhr, Schwemmkanäle, Trennkanäle. Gruben und Tonnen. Reinigung der Aborte und Hausschmutzwasser auf mechanischem, chemischem und biologischem Wege, Ausfaulverfahren. Berieselung, Oxydationsverfahren. — Gewerbliche Abwässer, Kehricht, Tierleichen. — Gewerbehygiene. Allgemeines über den Einfluß gewerblicher Arbeiten auf die Gesundheit. Der Staub im Gewerbebetriebe. Gewerbliche Gifte und Gase. Frauenarbeit. Fürsorge für die Jugendlichen. Wohnungsfürsorge. — Bestattungswesen. — Landesgewerbearzt Dr. Koelsch: Vorführungen im Arbeitermuseum. — Prof. Dr. Emmerich: Wasserversorgung. Bedeutung der Wasserversorgung in gesundheitlicher Beziehung. Meteorwasser. Entstehung von Grundwasser und Quellen (Brunnen, Quellfassung). Flüsse und Seen. Talsperren. Zusammensetzung der Wässer.

Erforderliche Wassermenge, Druckhöhe. Allgemeine Vorarbeiten, Anordnung der Wasserwerke. Gewinnung, Förderung und Aufspeicherung des Wassers. Reinigung (Filter, Ozon u. a.). Versorgung der Gebäude.

Die Vorträge werden im großen Hörsaale des Hygienischen Instituts, Pettenkoferstraße 34, abgehalten. An den Nachmittagen finden Besichtigungen statt. Zu dem Kurse werden 25 Bezirksärzte, und zwar aus dem Kreise Oberbayern: 4 Bezirksärzte, und aus den übrigen Kreisen je 3 Bezirksärzte einberufen. Den Teilnehmern wird für die Dauer der Kurse und der Reise ein außerordentlicher Urlaub gewährt. Die Bezirksärzte erhalten für die Dauer der Kurse und der Reise Tagegelder und Ersatz der Reisekosten nach den verordnungsmäßigen Vorschriften. Die Gesuche um Zulassung zu dem Kurse sind bei den K. Regierungen, Kammern des Innern, bis 1. September einzureichen. Diese entscheiden über die Zulassung und legen dem K. Staatsministerium des Innern bis 15. September eine Liste der zugelassenen Teilnehmer vor.

Vom 23. September bis 5. Oktober d. J. findet im Institut für Gewerbehygiene in Frankfurt a. M., Viktoria-Allee 9, ein **gewerbehygienischer Fortbildungskursus** statt. Der Unterrichtsplan umfaßt Vorträge über Unfallheilung und Gewerbehygiene sowie Besichtigungen von Instituten, Krankenhäusern, Wohlfahrtseinrichtungen und Museen. Die Kosten der Teilnahme betragen für den ganzen Kurs 30 M., für jeden einzelnen Vortrag 1 M. Den bayerischen Bezirksärzten kann hierzu nach einer Bekanntmachung des Ministers des Innern vom 5. Juli d. J. eine mäßige Beihilfe zur Deckung der Kosten des Kursbesuchs gewährt werden. Gesuche um Erlaubnis zur Teilnahme sind an die vorgesetzte Regierung, Kammer des Innern, zu richten.

Aus Württemberg. Das Gesetz, betreffend die **Dienstverhältnisse der Oberamtsärzte**, dessen Zustandekommen noch in der letzten Minute durch Meinungsverschiedenheiten zwischen erster und zweiter Kammer gefährdet erschien, hat schließlich deren beiderseitige Zustimmung in ihren Schlußsitzungen am 27. Juni gefunden und ist bereits unter dem 10. v. M. im amtlichen Verordnungsblatt als **Oberamtsarztgesetz** veröffentlicht mit der Bestimmung, daß es am 1. April 1913 in Kraft treten soll. Wir werden das Gesetz in der Beilage zur nächsten Nummer der Zeitschrift zum Abdruck bringen.

Todesfall. Am 14. v. M. ist im 76. Lebensjahre nach kurzer Krankheit der Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Neidhardt in Darmstadt gestorben. Seine außerordentlichen Verdienste um die Entwicklung des großherzoglich hessischen Medizinalwesens sind an dieser Stelle bei Gelegenheit seines Ausscheidens aus dem Amte am 1. April d. J. hervorgehoben worden (s. Nr. 8, S. 303). Unser damals ausgesprochener Wunsch, es möge dem hochverdienten Kollegen ein recht langes Otium cum dignitate vergönnt sein und ihm noch viele Jahre die bisherige körperliche und geistige Frische erhalten bleiben, ist leider nicht in Erfüllung gegangen; denn nur wenige Monate später ist er bereits aus dem Leben geschieden, tief betrauert von seinen vielen Freunden und Kollegen, die sein Andenken stets in Ehren halten werden!

Aus der jetzt zur Versendung gelangten Einladung für die vom 15.—21. September d. J. in **Münster i. W.** stattfindende **84. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte** bringen wir in Ergänzung der in Nr. 11, S. 418 dieser Zeitschrift bereits gebrachten Mitteilungen über die allgemeinen Sitzungen noch die Tagesordnungen der den Lesern dieser Zeitschrift interessierenden Abteilungssitzungen zum Abdruck:

31. Abt. **Gerichtliche Medizin und soziale Medizin; zugleich VIII. Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin** (Sitzungsraum: Hörsaal des rechtswissenschaftlichen Seminars der Universität. Verpflegungsstätte: Hotel Monopol, Salzstraße 34). Angemeldete Vorträge: a) Referate: 1. Lochte und Tintemann (Göttingen): Ueber Selbstverletzungen. 2. Mugdan (Berlin): Das Versicherungsgesetz für Angestellte. — 3. Rosenfeld (Münster i. W.): Die strafrechtliche Bedeutung der Sterilisation. — 4. Straßmann (Berlin): Die Begutachtung von Massenvergiftungen mit besonderer Berücksichtigung der Methylalkohol-

vergiftungen. — b) Vorträge: 5. Beumer (Greifswald): Ueber die Unterscheidung von Menschen- und Tierknochen in forensischer Beziehung. — 6. Bohne (Hamburg): a) Die Isoagglutinine; b)Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für den Gerichtsarzt; c) Demostrationen. — 7. Haberda (Wien): Thema vorbehalten. — 8. Kockel (Leipzig) Thema vorbehalten. — 9. Lochte (Göttingen): Beitrag zur Kenntnis der Haarverletzungen. — 10. Knepper (Düsseldorf): Die ärztliche Begutachtung und das Heilverfahren in der Invalidenversicherung nach der R.-V.-O. — 11. Rumpf (Bonn): Lungenemphysem und Unfall. — 12. A. Schulz (Halle a. S.): Kleidung und Schußverletzung, ein kasuistischer Beitrag. — 13. v. Sury (Basel): Demonstration. 14. Ipsen (Innsbruck): Ueber das Verhalten des Morphins gegen Fäulnis. — 15. Ziemke (Kiel): a) Zur Entstehung sexueller Perversitäten; b) Die Bedeutung der Kopfgeschwulst als Zeichen der vitalen Reaktion; c) Demonstration. 16. Bürger (Berlin): Die Notwendigkeit der Polikliniken und Kliniken für gerichtliche und versicherungsrechtliche Medizin. — 17. Hermkes (Eickelborn): Das Bewahrhaus für Geisteskranke mit gemeingefährlichen Neigungen. — 18. Többen (Münster i. W.): Ein Beitrag zur Psychologie der wegen Mordes verurteilten Rechtsbrecher.

Die Abteilung ist außerdem eingeladen von der Abt. 16 (Geschichte der Naturwissenschaften und der Medizin) zum Vortrag Haberling (Köln): Die Bekämpfung der Prostitution in den Heeren der Vergangenheit und von der Abt. 24 (Psychiatrie und Neurologie) zum Vortrag von Aschaffenburg (Köln): Degenerationspsychosen und Dementia praecox bei Kriminellen.

32. Abt. **Hygiene, Tropenhygiene und Bakteriologie**. (Sitzungsraum: Hörsaal II der Universität. Verpflegungsstätte: Hotel Monopol, Salzstraße 34.) Angemeldete Vorträge: 1. Ascher (Hamm): Zur Tuberkulose des Kindesalters. — 2. Besserer (Münster i. W.): Untersuchungen bei gewerblicher Milzbrandinfektion. — 3. Fürst (Hamburg): Die Schultauglichkeit vom Standpunkt der Sozialhygiene. — 4. König (Frankfurt a. M.): Thema vorbehalten. — 5. König (Münster i. W.): Die Reinigung städtischer Abwässer durch Landberieselung und nach dem biologischen Verfahren. — 6. Kruse und Selter (Bonn): Benutzung von Chlorkalk zur regelmäßigen Entkeimung von Trinkwasser im Großbetrieb. — 7. Kruse und Hutt (Bonn): Mitteilungen über Ruhr. — 8. Kruse (Bonn): Die hohe Sterblichkeit der Westfalen an Tuberkulose und anderen Lungenkrankheiten. — 9. Küster (Freiburg i. B.): Die Züchtung keimfreier Tiere und ihre Bedeutung für die Erforschung der Körperfunktionen (mit Projektionen). — 10. Liefmann (Berlin): Das Komplement als Ferment. — 11. Weitere Erfahrungen mit einer Chemotherapie der Tuberkulose: a) Gräfin Linden (Bonn): Tierversuche; b) Meißen (Hohenhonnef): Lungentuberkulose; c) Strauß (Barmen): Aeußere Tuberkulose. — 12. Mayer (München): Ueber die Anforderungen an Fleischkonserven. — 13. Derselbe: Ueber Formaldehydvacuumapparate. — Derselbe: Neuere Untersuchungen über Pathogenität und Artbestimmung der Proteus- und Paratyphusbakterien. — 15. Meurer (Leipzig): Das Lobecksche Verfahren zur Herstellung einwandfreier Trinkmilch, insbesondere solcher für Säuglinge und die mit diesem Verfahren zu erzielenden Erfolge hinsichtlich Sterilisierungsfähigkeit. — 16. Niederstadt (Hamburg): Das Elbwasser und seine Verunreinigung. — 17. Nußbaum (Hannover): Ueber Wärmeverhältnisse im Kleinwohnungshaus und ihre Verbesserung. — 19. Seitz (Bonn): Thema vorbehalten. — 20. Thiele (Chemnitz): Zur Biologie der Schulanfänger. — 21. Wollenweber (Dortmund): Mängel im Wohnungswesen und ihre Bedeutung für die Ausbreitung von Infektionskrankheiten unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse im westfälischen Industriegebiet. — 22. Möllers (Berlin): Die Prinzipien der Tuberkulinbehandlung.

Die Abteilung ist außerdem eingeladen von der Abt. 4 (Geschichte der Naturwissenschaften und der Medizin) zu den Vorträgen Haberling (Köln): Die Bekämpfung der Prostitution in den Heeren der Vergangenheit; P. Richter (Berlin): Die Bedeutung des Milzbrandes für die Seuchengeschichte: G. Sticker (Bonn): Zur Geschichte der Choleraabwehr; Derselbe: Aussatzhäuser in Westfalen; von der Abt. 19 (Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie) zu den Vorträgen J. E. Müller (Dortmund): Seltene, durch den Diphtheriebacillus hervorgerufene Erkrankungen; H. Raubitschek (Czernowitz): Zur Frage der fäkalen Ausscheidung körperfremder Bakterien; von der Abt. 20

(Innere Medizin, Balneologie und Hydrotherapie) zu den Vorträgen Liebermeister (Düren): Ueber „sekundäre“ Tuberkulose und weitere Erfahrungen mit einer Chemotherapie der Tuberkulose; Gräfin Linden (Bonn): Tierversuche; von der Abt. 22 (Geburtshilfe und Gynäkologie) zu dem Vortrag Liepmann (Berlin): Bakteriologie u. Gynäkologie [Die Bedeutung der Bakteriologie für die Indikationsstellung, Technik, Prognose und Nachbehandlung]; von der Abt. 23 (Kinderheilkunde) zum Vortrag Schick (Wien): Ueber Diphtherieintrakutanreaktion; von der Abt. 28 (Dermatologie und Syphilidologie) zu den Vorträgen M. Müller (Metz): Die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion für die Kontrolle der Prostitution und O. v. Petersen (Petersburg): Die Verbreitung der Orientbeule in Turkestan [mit Demonstrationen mikroskopischer Präparate]; von der Abt. 29 (Zahnheilkunde) zu den Vorträgen Bauchwitz (Wien): Die bakterizide Wirkung von Zuckerdämpfen; Verwendung derselben und der Dämpfe anderer Stoffe zur Behandlung gangränöser Zähne usw. [mit Demonstrationen]; Derselbe: Eine Neuerung auf dem Gebiete der Mundhygiene [mit Demonstrationen].

Die endgültige Tagesordnung für den **XV. Internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie,** der vom 23.—28. September d. Js. in Washington stattfinden wird, ist jetzt veröffentlicht. Gegenüber dem vorläufigen Programm (s. Nr. 4 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1912, S. 139) hat sie mancherlei Aenderungen erlitten; wir bringen sie deshalb nochmals zum Abdruck unter besonderer Berücksichtigung der von deutschen Hygienikern in der Abteilung für Hygiene (Sektion I—VIII) angemeldeten Vorträge und Referate.

In den **Plenarsitzungen** werden folgende Vorträge gehalten: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Max Rubner-Berlin: „Eine Darstellung der Bedeutung der Hygiene und Demographie für die sanitären Einrichtungen der Nationen mit einer besonderen Betonung der gemeinsamen internationalen Arbeit und einem historischen Ueberblick über das bisher Geleistete.“ — Sir Thomas Oliver in Newcastle: „Staub- und Rauchplage infolge der Industrie“. — Dr. Jacques Bertillon-Paris: „Sterblichkeit und Todesfälle bei den verschiedenen Berufsständen“.

I. Abteilung. **Hygiene:** Sektion I. Hygienische Mikrobiologie und Parasitologie. 1. Filtrierbare Bakteriengifte. 2. Poliomyelitis, Aetiologie und Art der Uebertragung; hierbei: Prof. Dr. Römer-Marburg: Sanitäre Maßregeln gegen Poliomyelitis. 3. Sonstige auf das Zentralnervensystem einwirkende Infektionen: Prof. Dr. Kolle-Bern und Reg.- u. Med.-Rat Dr. Flatten-Berlin. 4. Paratyphusbazillen und Paratyphusähnliche Bazillen, mit besonderer Rücksicht auf ihre Ausbreitung in Natur und ihr Verhältnis zu Menschen und Tieren. Referent: Reg.-Rat Prof. Dr. A. Weber-Berlin. 5. Spezielle Kulturverfahren für Mikroorganismen. Hierbei: Med.-Rat Prof. Dr. Dieudonné in München: Ausgewählte Kulturverfahren für die Kommabazillen. 6. Ueber parasitische Amoeben. Hierbei: Dr. v. Prowazek-Hamburg, Prof. Dr. Doflein-München, Dr. Hartmann-Hamburg u. Prof. Lühe-Königsberg i. Pr.: Ueber den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnis vom Bau der Zelle und des Kerns und des Protoplasmas und der Reproduktion aller uns bekannten parasitischen Amoeben sowie über deren Stellung zu anderen parasitischen Protozoen und der Zwischenstufen. 7. Die ökonomische Seite der Ankylostomiasis in Porto-Rico. 8. Die Beziehungen der Mikroorganismen zu ihren Insektwirten. 9. Anaphylaxie. — Sektion II. Ernährungs-Hygiene und hygienische Physiologie. 1. Die spezifisch-dynamische Wirkung der Nährstoffe. Referenten: Prof. Dr. Max Rubner und Dr. N. Zuntz in Berlin. — 2. Ernährung und Wachstum. Hierbei: Prof. Dr. A. Schloßmann in Düsseldorf: Ernährungs-Erfordernis im frühen Kindesalter. — 3. Die Bedeutung anorganischer Substanzen für die Ernährung des Menschen. Hierbei: Dr. H. Strauß in Berlin: Die Rolle des Kochsalzes und Wassers, und Prof. Dr. Abderhalden in Halle: Die Beziehung der unorganischen Bestandteile der Nahrung auf diejenigen der Gewebezellen. — 4. Die physiologische Bedeutung einiger Substanzen für die Konservierung der Nahrungsstoffe. — 5. Die Lehre der Diätetik. Hierbei: Prof. Dr. M. Rubner in Berlin: Der Einfluß der Bereitung der Nahrungsmittel auf ihren Nährwert. — 6. Die Ventilation in hygienischer Beziehung. —

7. Die hygienische Physiologie der Bewegung. — Sektion III. Hygiene des Säuglings- und Kindesalters. Hygiene der Schule. 1. Hygiene des Säuglingsalters. Hierbei: Professor Dr. Adolf Baginsky in Berlin: Die Hygiene der Stadtkinder. — 2. Hygiene der Kindheit. — 3. Hygiene der Schule. Hierbei: Prof. Dr. Adolf Baginsky-Berlin: Krankheiten erworben während der Schulzeit. Dr. W. Ewald-Frankfurt a. M.: Die Bekämpfung der Krankheiten des Kindes durch die Schule. — 4. Das Schulgebäude. — 5. Das Schulkind. — 6. Schulärztliche Beaufsichtigung; hierbei: Prof. Dr. Leo Burgerstein-Wien: Ergebnisse der schulärztlichen Kontrolle. — 7. Hygiene des Mundes. Hierbei: Zahnarzt Dr. Konrad Cohn-Berlin: Die Erfolge des Deutschen Zentralkomitees für Zahnpflege in Schulen auf dem Gebiete der Zahnhygiene in Deutschland. — Unterabteilung: Hygiene des Denkvermögens; hierbei: Prof. Dr. A. Eulenburg in Berlin: Kinder-Selbstmord. — Sektion IV. Berufs-Hygiene und Forsorge für die arbeitenden Klassen. 1. Physiologie und Pathologie der Arbeit und Ermüdung. — 2. Ermüdungs-Neurosen. — 3. Beschäftigungs-Neurosen. — 4. Die praktische Anwendung des Studiums der Ermüdung in Schutzmaßregeln für die Arbeiter. — 5. Physiologie und Pathologie der Arbeit in komprimierter Luft. Referenten: Prof. Dr. H. v. Schroetter und Dr. Ph. Silberstein in Wien. — 6. Die Wirkung intensiver Hitze auf den Organismus des Arbeiters; unter den Referenten: Prof. Dr. C. Fränkel in Halle a. S. — 7. Krankheiten und Unfälle der Bergwerks- und Tunnelarbeiter; unter den Referenten: San.-Rat Dr. Lindermann in Bochum. — 8. Krankheiten und Unfälle, verursacht in den Elektrizitätswerken. — 9. Krankheiten und Unfälle der Metallarbeiter. Referent: Prof. Dr. Fr. Roepke in Solingen. — 10. Gewerbliche Messing-Vergiftung. — 11. Die Gefahren in dem Gebrauche des Quecksilbers in der Industrie; unter den Referenten: Gewerberat Dr. Heucke in Wesel. — 12. Industrielle Bleivergiftung. — 13. Industrielle Unfälle und Gewerbekrankheiten in den Vereinigten Staaten. — 14. Die Berichterstattung industrieller Unfälle. — 15. Berufskrankheiten. — 16. Bericht über die in der Spezialklinik für Gewerbekrankheiten erzielten Ergebnisse. — 17. Sicherheitsmaßnahmen und die Verhütung von Unfällen. — 18. Arbeiterschutz und Arbeiterfürsorge in Deutschland. Referent: Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Ing. Hartmann in Berlin. — 19. Gewerbeversicherung als Grundlage der Gewerbehygiene. Referent Prof. Dr. Th. Weyl in Berlin. — 20. Geschlechtsprobleme in der Gewerbehygiene. — 21. Altersprobleme in der Gewerbehygiene. — 22. Fabrikarbeit in Familienwohnhäusern; deren Ursache, Uebelstände und Heilmittel. — 23. Blutveränderungen, verursacht durch Vergiftung von Kohlenoxyd. — 24. Alkohol als prädisponierende Ursache von Unfällen in Gewerbekrankheiten. — Sektion V. Die Kontrolle der Infektionskrankheiten. 1. Bazillenträger, ihr Einfluß in der Verbreitung der Ansteckung, besonders in bezug auf Abdominaltyphus, Diphtheritis, epidemische Genickstarre, Ruhr, Cholera und Influenza, sowie Stellungnahme der Gesundheitsbehörden gegen die Bazillenträger; unter den Referenten: Prof. Dr. H. Conradi in Halle, Prof. Dr. G. Jochmann in Berlin. — 2. Relative Bedeutung der durch die Luft und Berührung verursachten Infektion in der Verbreitung ansteckender Krankheiten. Referent: Prof. Dr. W. Kolle in Bern. — 3. Die Bedeutung der Fliegen und anderer Insekten als Träger der Infektionskrankheiten. — 4. Die Kontrolle der Desinfektion und der Einfluß infizierter Räumlichkeiten und der infizierten Kleidungs- und Bettstücke auf die Verbreitung verschiedener Infektionskrankheiten. — 5. Die Rolle der künstlichen Immunität in der Verhütung von Diphtheritis, Abdominaltyphus, Pest, Cholera und Tuberkulose; hierbei als Referent: Prof. Dr. Kolle in Bern. — 6. Verhütung der Verbreitung ansteckender Krankheiten an Bord der Schiffe. — 7. Die Rolle der Rindertuberkulose in der Erzeugung menschlicher Tuberkulose; unter den Referenten: Reg.-Rat Prof. Dr. A. Weber-Berlin. — 8. Die behördliche Kontrolle der Tuberkulose. — Sektion VI. Städtische und staatliche Hygiene. 1. Allgemeine Diskussion über Organisation und Administration des öffentlichen Gesundheitswesens. — 2. Sanitäre Fragen in bezug auf die Wasserleitung. — Allgemeine Diskussion über koloniale Hygiene; hierbei: Dr. F. K. Kleine in Berlin: Mittel und Wege zu der Bekämpfung der Schlafkrankheit. — 3. Wegschaffung der Verunreinigung des Wassers (Gossenwassers) und der Abfälle. b) Die Sludge-Methoden. Dr. ing. Imhoff in Essen a. Ruhr. — 4. Luftverunreinigung und Ventilation. — 5. Einige soziale Gesichtspunkte der öffent-

lichen Hygiene. — 6. Einige sanitäre Gesichtspunkte in bezug auf die Produktion und Kontrolle der Nahrung. — 7. Die sanitären Verbesserungen in der Produktion und Distribution der Milch. — Untersektion über Geschlechtshygiene. 1. Rassenhygiene einschließlich der eugenistischen Bestrebungen. Referent: Prof. Dr. v. Gruber in München. — 2. Schutzmaßregeln gegen Trunksucht. — 3. Pensionssysteme vom Standpunkt der Eugenik. — 4. Geschlechtshygiene. — Sektion VII. Hygiene des Verkehrs- und Transportwesens. 1. Die Machtvollkommenheiten und Pflichten der Regierung in bezug auf die Hygiene des Verkehrs- und Transportwesens. — 2. Hygiene des Straßen- und Straßenbahn-Verkehrs. Hierbei: Dr. S. Auerbach in Frankfurt a. M.: Die Unterdrückung des Straßenlärms, ein Erfordernis der Nervenhygiene. — 3. Sanitäre Vorschriften für das Schienenbett und die Station. — 4. Sanitäre Vorschriften für Eisenbahnwagen; hierbei: San.-Rat Dr. Wagner in Berlin: Vorschriften für die Desinfektion der Straßen- und Eisenbahnwagen. — 5. Der Schutz der Angestellten im Transportwesen; hierbei: San-Rat Dr. C. Gaye in Stettin. — 6. Der Schutz der Passagiere. — 7. Hygiene der Speisen und des Wasservorrats für den Gebrauch des reisenden Publikums. — 8. Sanitäre Vorschriften für den Warentransport. — 9. Die Verhütung der Ausbreitung übertragbarer Krankheiten durch Transport. — 10. Hygiene des Verkehrs auf den Binnenseen und Flüssen. — 11. Schiffs- und Schiffsverkehrshygiene. Referent: Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Nocht in Hamburg. — 12. Beaufsichtigung der Aus- und Einwanderung; hierbei: Hofrat Dr. Stich in Nürnberg: Gesundheitliche Ueberwachung von Aus-, Einwanderern- und Touristen. San.-Rat Dr. Herzfeld in Berlin: Gesetze, Vorschriften und Regulationen für den Schutz der Auswanderer im Gebiete des Deutschen Reiches. — Sektion VIII. Militär-, Schiffs- und Tropenhygiene. 1. Die Verhütung der Geschlechtskrankheiten im Heere und in der Flotte. — 2. Verbandstation und der Transport der Verwundeten während der Seeschlacht. — 3. Die Einschränkung der Malaria. — 4. Die Ausbreitung und Verhütung des gelben Fiebers. — 5. Hygiene des Personals des Maschinen- und Heizungsraumes; unter den Referenten: Marine-Generalarzt Dr. Dirksen in Kiel. — 6. Desinfektion an Bord des Schiffes. Referent: Marineoberstabsarzt Dr. Riegel in Kiel. — 7. Individuelle Hygiene im Felde einschließlich Desinfektion der Kleidung und Ausrüstung mit und ohne Apparat; hierbei: Stabsarzt Dr. Hüne in Stettin: Ueber apparatlose Desinfektionsverfahren im Felde. — 8. Die Ausbreitung und Verhütung der tropischen Darmerkrankungen; unter den Referenten: Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. G. Gaffky in Berlin. — 9. Ursprung und Kontrolle von Kalaazar und der Orientbeule. — 10. Spirillosen, Rückfallfieber, Syphilis, Framboësia tropica. — 11. Die Kontrolle und Ausmerzung der Ankylostomiasis. — 12. a. Der Einfluß der Tropensonne und Tropenwärme. b. Die Aetiologie und die Verhütung von Beriberi. c. Schwarzwasserfieber. — 13. Hygienische Interpretation neu getroffener Aenderungen in der Feldration und deren Bereitung. — 14. Die Hygiene der Unterseeboote. — 15. Internationale Basis für Marinestatistik; unter den Referenten: Marine-Oberstabsarzt Dr. Hennig in Kiel.

Auskunft erteilt der Generalsekretär des Deutschen Nationalkomitees Med.-Rat Prof. Dr. Hoffmann-Berlin NW. 40, Scharnhorststraße Nr. 45; siehe auch Nr. 5 dieser Zeitschrift, Jahrg. 1912, S. 174/175.

Die **diesjährige 41. ordentliche Hauptversammlung des Deutschen Apotheker-Vereins** findet am 4. und 5. September in Nürnberg statt. Von den auf der Tagesordnung stehenden Gegenständen dürften die Medizinalbeamten interessieren: Vor- und Ausbildung der Apotheker, Deutsche Arzneitaxe, Regelung des Apothekenwesens und Dispensierrecht der Tierärzte.

Pest. In Aegypten sind in der Woche vom 29. Juni bis 5. Juli d. J. an der Pest erkrankt (gestorben): 15 (15) Personen; in Britisch-Indien in den beiden Wochen vom 9.—22. Juni: 814 (679) und 496 (480); in Hongkong vom 16.—22. Juni: 127 (99).

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 16. Ausgegeben am 20. August 1912.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:
Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch
J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 16.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

a. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten im allgemeinen.

b. Cholera.

c. Pocken und Impfung.

d. Pest und Lepra.

e. Typhus.

f. Diphtherie.

g. Scharlach.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Charakter als Medizinalrat: dem komm. Medizinalassessor bei dem Medizinalkollegium der Provinz Westpreußen San.-Rat Dr. Rabbas in Neustadt (Westpr.); — das Prädikat als Professor: dem Dozenten und Direktor der Provinzial-Hebammenlehranstalt Dr. Frank in Cöln und dem Marineoberstabsarzt Dr. Oloff in Kiel; — der Rote Adlerorden II. Klasse mit Eichenlaub: dem ordentl. Honorarprofessor Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Fritsch in Berlin; — der Rote Orden IV. Klasse: dem Geh. San.-Rat Dr. Klein in Cöln, dem San.-Rat Dr. Knoch, Chefarzt des Kruppschen Krankenhauses in Essen (Ruhr) und dem Geh. San.-Rat Dr. Casper in Berlin-Friedenau; — der Kronenorden II. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Dr. Krause in Cassel; — der Kronenorden III. Klasse: dem Oberstabsarzt a. D. Prof. Dr. Hiller in Berlin-Lichterfelde; — der Kronenorden IV. Klasse: dem prakt. Arzt Dr. Erttmann in Borbeck bei Essen.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung: des Fürstlich Reußischen Ehrenkreuzes III. Klasse mit der Krone: dem Oberstabs- u. Reg.-Arzt Dr. Crampe in Breslau.

Ernannt: Prof. Dr. Gaupp in Freiburg i. Br. zum ordentl. Professor und Direktor des anatomischen Instituts in Königsberg i. Pr.; Prof. Dr. Alzheimer in München zum ordentl. Professor in Breslau; der außerordentl. Professor Dr. Schreiber in Königsberg i. Pr. zum ordentlichen Honorarprofessor in der dortigen medizinischen Fakultät; Kreisassistenzarzt Dr. Wandel in Oldesloe zum Kreisarzt des Kreisarztbezirkes Schlochau mit dem Amtssitz in Schlochau; der Arzt Dr. Wern in Saarbrücken zum Kreisassistenzarzt und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamt in Stade; Stabsarzt Dr. Mohr

in Lötzen zum Kreisassistenzarzt in Prostken; der Kreisassistenzarzt Dr. Abramowski in Willenberg zum Kreisarzt des Kreisarztbezirks Niederung mit dem Amtssitz in Heinrichswalde; der Arzt Dr. Janz in Widminnen zum Kreisassistenzarzt in Ortolsburg mit dem Amtssitz in Willenberg.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Steiner, ständiger Hülfsarbeiter bei der Regierung in Breslau, in gleicher Eigenschaft bei der Regierung in Arnsberg; Kreisarzt Dr. Matthes, ständiger Hülfsarbeiter an der Regierung in Arns-

berg als kommissarischer Regierungs- und Medizinalrat nach Gumbinnen; Kreisarzt Med.-Rat Dr. Banik in Schlochau (Westpr.) nach Sagan; Kreisassistenzarzt Dr. Fast, Assistent bei dem Medizinaluntersuchungsamte in Stade als Leiter der Medizinaluntersuchungsstelle nach Bromberg.

Gestorben: Dr. Hartung in Dortmund, Generalarzt a. D. Dr. Lindner in Kassel, Dr. Wilh. Spregel in Breslau, San.-Rat Dr. Alexander Roeseler-Berlin-Wilmersdorf, Prof. Dr. A. Rosenberg und Geh. San.-Rat Dr. Aschoff in Berlin, Dr. Buchal in Glogau, Dr. Alfred Schneider in Köln a. Rh., Geh. San.-Rat Dr. Arnoldi in Remscheid, San.-Rat Dr. Effsing in Stadtlohn (Reg.-Bez. Münster).

Königreich Bayern.

Aus dem Staatsdienst auf sein Ansuchen entlassen: Bezirksarzt Dr. Schreiner in Wertingen.

Gestorben: Geh. Hofrat Prof. Dr. Eversbusch in München, Med.-Rat Dr. Blümm, Bezirksarzt in Obernburg (Unterfranken), Dr. Zwiebel in Thannhausen, Dr. Josef Neuberger in Nürnberg, Dr. Bing in Würzburg.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungen: Verliehen: das Ritterkreuz I. Klasse des Albrechtsordens: dem San.-Rat Dr. Klopfer in Zwickau; — die Carolamedaille in Silber: den Oberärzten am Carolakrankenhause Dr. Nösske und Hofrat Dr. Schubert in Dresden.

Ernannt: Dr. O. Schreiber in Zoeblitz zum Gerichtsassistenzarzt daselbst, Prof. Dr. Conradi in Halle zum ersten Bakteriologen an der Zentralstelle für öffentliche Gesundheitspflege in Dresden.

Gestorben: Dr. Otto Loewe-Dresden-Altstadt.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: der Charakter als Sanitätsrat: den praktischen Aerzten Dr. Bok in Stuttgart und Dr. Eissner in Freiberg.

Uebertragen: Die Stelle des pharmazeutisch-technischen außerordentlichen Mitgliede des Medizinalkollegiums: dem Hofrat Müller in Stuttgart.

Gestorben: Dr. Oskar Stimmel in Oberdischingen bei Ulm.

Grossherzogtum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel Professor: dem Privatdozenten Dr. Mangold in Freiburg i. Breisg.

Ernannt: Privatdozent Dr. Werner in Heidelberg zum außerordentlichen Professor.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Stark, Bezirksarzt in Lörrach und Geh. Rat Dr. Gutsch in Karlsruhe.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: San.-Rat Dr. Kompe in Arolsen, Dr. Oskar Liebermann in Hamburg.

---

25. Jahrg. **Zeitschrift** 1912.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Nr. 16. | Erscheint am 5. und 20. jeden Monats. | 20. Aug.

Aus Prof. Dittrichs gerichtlich-medizinischem Institute der k. k. deutschen Universität in Prag.

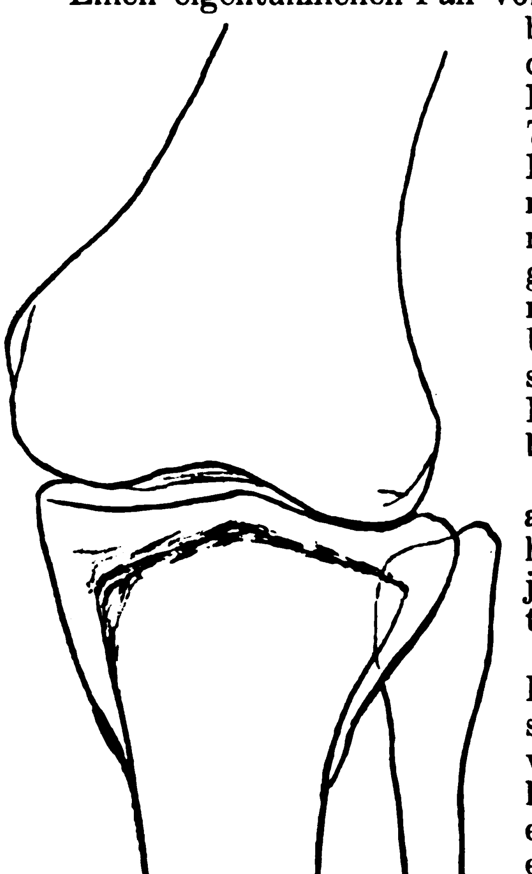
Ein Beitrag zur forensischen Bedeutung von pathologischen Frakturen.

Von Dr. **Anton Maria Marx**, Assistent am Institut.

In der Regel unterliegt es keinen Schwierigkeiten, aus den Symptomen der Schwellung, Schmerzhaftigkeit, abnormen Beweglichkeit und Krepitation die Fraktur eines langen Röhrenknochens zu diagnostizieren. Die Feststellung der Diagnose wird um so leichter sein, je größer die Dislokation der beiden Bruchstücke ist; denn dann kann gelegentlich schon durch den äußeren Aspekt die Diagnose einer Fraktur gestellt werden. Viel schwieriger wird die Feststellung der Diagnose, wenn es sich um eine Fraktur mit Einkeilung des einen Knochenfragmentes in das andere handelt, weil dann die abnorme Beweglichkeit und die Krepitation vollständig fehlen können. Für solche Fälle ist nun die Röntgenuntersuchung ein wichtiger und fast unentbehrlicher Behelf geworden. Doch sind auch bei der Röntgenuntersuchung Täuschungen unausbleiblich und gerade bei der Beurteilung von Knochenläsionen mittels des Röntgenverfahrens ist man den schwersten Irrtümern ausgesetzt, wenn man nicht neben dem Röntgenbefunde auch die Ergebnisse der sonstigen klinischen Untersuchung entsprechend würdigt.

Die Fehler, die bei der Beurteilung eines solchen Röntgenbildes unterlaufen, können ihre Ursache haben in einem mangelhaften Beherrschen einerseits der Röntgentechnik, anderseits der Deutung der Röntgenbilder, welche Fähigkeit man sich erst durch ausreichende Uebung aneignen kann. Wie verschiedenartig die Fehler sein können, denen man bei der Beurteilung von Röntgenaufnahmen ausgesetzt sein kann, hat Lieblein[1]) in einer größeren Arbeit beschrieben. So kann das Röntgenbild einmal eine Fraktur vortäuschen, wo gar keine vorhanden ist, indem z. B. normale Epiphysenlinien für Frakturlinien oder normale Ossifikationskerne für abgesprengte Knochenstücke gehalten werden; ein anderes Mal kann der Fehler derart sein, daß das Röntgenbild vorhandene Frakturen überhaupt nicht zeigt, was, wie Lieblein,[1]) Max v. Brunn[2]) u. a. betont haben, besonders dann leicht geschehen kann, wenn die Aufnahme nur in einer Ebene gemacht wurde. Dies gilt besonders für Tibia- und Fibulafrakturen.

Einen eigentümlichen Fall von Irrung durch das Röntgenbild beschreibt Lieblein in der obenerwähnten Arbeit. Es handelte sich um eine 70jährige Frau, die von einem Kohlenwagen zu Boden gerissen worden war. Sie konnte nach dem Unfalle nicht mehr gehen und wurde auf die Klinik Wölfler gebracht. Die Untersuchung ergab einen starken Bluterguß im linken Kniegelenke und eine starke blutige Suffusion des linken Unterschenkels. Wegen außerordentlicher Schmerzhaftigkeit mußte man von jeder weiteren klinischen Untersuchung absehen u. schritt zur Röntgenuntersuchung. Diese ergab, wie die nebenstehende, ebenfalls der erwähnten Publikation Liebleins entlehnte Skizze zeigt, eine Fraktur an der Tibiaepiphyse, so wie es auf Grund der klinischen Untersuchung bereits vermutet worden war, mit Einkeilung der Fragmente. Der Fall wurde als Tibiafraktur behandelt. Nach 8 Tagen erlag



[1]) Lieblein: Fehlerquellen bei der Beurteilung von Röntgenbefunden. Dittrichs Handbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit; Band III.

[2]) Max v. Brunn: Beiträge zur Beurteilung von Frakturen im Röntgenbilde. Beiträge zur klinischen Chirurgie; Bd. L.

die Frau einer Pneumonie und kam in unser Institut zur gerichtlichen Obduktion:

Von einer frischen Fraktur der Tibia war an der Leiche nichts zu sehen, auch nicht, als der Knochen in sagittaler Richtung durchsägt worden war. Dagegen fand man nach Abpräparieren der Weichteile und Abkratzen des Periostes vom Knochen die Einkeilungsfraktur genau so, wie sie das Röntgenbild gezeigt hatte; nur war diese Fraktur nicht frisch, sondern ausgeheilt und fest konsolidiert; sie dürfte jedensfalls vor längerer Zeit, vielleicht schon vor mehreren Jahren, entstanden sein. So war zwar durch die Röntgenuntersuchung eine Fraktur nachgewiesen worden; es war jedoch klinisch diese als eine frische Fraktur gedeutet worden, während es sich um eine bereits ausgeheilte ältere Fraktur handelte, die aber als solche im Röntgenbilde nicht zu deuten war.

Dieser Fall zeigt, wie leicht man selbst bei Zuhilfenahme der Röntgenuntersuchung hinsichtlich der Beurteilung der Zeit der Entstehung einer Fraktur Irrtümern ausgesetzt sein kann. Dies gilt besonders von jenen Fällen, wo es sich um die Verletzung eines Knochens handelt, bei dem es schon früher einmal zu einer Fraktur mit Einkeilung der Knochenfragmente gekommen ist, die aber ohne nennenswerte Knochenverdickung ausgeheilt ist, oder aber wo die Entstehung der Fraktur weit zurückliegt und der Knochenkallus sich zurückgebildet hat. Wird nun eine solche Stelle von einem Trauma getroffen, und treten infolge dieser frischen Verletzung Erscheinungen auf, wie man sie als Begleiterscheinungen frischer Knochenbrüche kennt, wie Schmerzhaftigkeit, Schwellung, blutige Suffusion, so wird man auf Grund des Ergebnisses der Röntgenuntersuchung auch für den Fall, als die sonstigen Symptome einer frischen Fraktur, wie Krepitation und Dislokation der Knochenfragmente fehlen sollten, sich doch zu der Annahme bewogen fühlen können, diese Erscheinungen seien auf einen infolge des neuen Traumas entstandenen Knochenbruch zurückzuführen, wie dies ja auch tatsächlich in dem von Lieblein veröffentlichten Falle geschehen ist.

Diese Annahme kann aber eine weitere Fehlerquelle bilden in der Beurteilung und Qualifikation der betreffenden Verletzung, die vielleicht in einer einfachen Quetschung besteht, deren weitere Folge eine Schadenersatzklage in unberechtigter Höhe oder eine irrtümliche Begutachtung der Verletzung in strafrechtlicher Hinsicht bilden kann.

Solche Fälle sind für den gerichtsärztlichen Sachverständigen ungemein lehrreich, indem sie dazu auffordern, in analogen Fällen nach Möglichkeit feststellen zu lassen, ob die jetzt frisch verletzte Stelle nicht etwa bereits früher einmal verletzt worden war und ob es sich nicht schon damals um eine Knochenläsion gehandelt hat oder gehandelt haben konnte.

Straf- und versicherungsrechtlich ist weiterhin auch die Frage, auf welche Weise eine Knochenfraktur entstanden ist

oder entstanden sein konnte, von größter Bedeutung. Gibt hierüber nicht die Anamnese Aufschluß, so ist man oft nicht einmal in der Lage, auf Grund des objektiven Befundes zu entscheiden, ob eine Fraktur durch direkte oder indirekte Gewalt entstanden ist. Und wie häufig kommt in einem Falle z. B. Schlag oder Fall in Frage. In einem solchen Falle ist man nur dann in der Lage, mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit aus dem objektiven Befunde allein einen Rückschluß auf die Entstehung einer Fraktur zu ziehen, wenn es sich um eine sogen. „typische Fraktur" handelt. Erfahrungsgemäß pflegen nämlich unter bestimmten Verhältnissen an den verschiedenen Körperstellen ganz bestimmte Frakturformen zu entstehen. So zeigen die Brüche, die bei einem Stoße oder Schlage an der Stelle entstehen, wo die Kraft ansetzt, meist Dreiecksform, während die indirekten Brüche, die an einer von der Gewalteinwirkung entfernten Stelle erfolgen, meist Biegungsbrüche darstellen, d. h. der Knochen wird an dieser Stelle durch die äußere Gewalt über seine Elastizität hinaus gebogen und bricht an der Stelle der stärksten Krümmung und Spannung; von hier aus laufen dann eine oder auch mehrere Bruchlinien durch den Knochen hindurch. Eine derartige Fraktur ist z. B. die Fraktur des Oberschenkels bei Fall auf den Fuß. Eine ganz typische Frakturform pflegt am unteren Radiusende bei Fall auf die flache Hand aufzutreten, wobei die Hand an der Bruchstelle bajonettförmig abgeknickt erscheint.

So ist man bisweilen in der Lage, auch wenn aus der Anamnese über die Ursache einer Fraktur nichts hervorgeht, doch aus der Form der Fraktur mindestens einen Wahrscheinlichkeitsschluß zu ziehen auf die Art, in der die Gewalt eingewirkt haben dürfte. Wohl muß man dabei auch noch Rücksicht nehmen auf die Festigkeit des Knochens, die ja in den verschiedenen Lebensaltern, dann aber auch bei den einzelnen Individuen und endlich auch bei verschiedenen Knochen eines und desselben Individuums sehr wechselnd ist. So kann in dem einem Falle bereits eine verhältnismäßig geringe Gewalteinwirkung genügen, um einen Knochen zu frakturieren, während in einem anderen Falle hierzu eine viel größere Gewalt notwendig ist.

Großes forensisches Interesse bieten ferner jene Fälle, in denen es zu einer Fraktur eines Knochens gekommen ist, der entweder durch physiologische Vorgänge (Senium, Inaktivität) oder durch pathologische Veränderungen (Rhachitis, Osteomalazie, Osteomyelitis, Skorbut [?], Erkrankungen des Zentralnervensystems, Tuberkulose, Ostitis fibrosa, Knochengeschwülste) seine normale Widerstandsfähigkeit verloren hat. Hier genügt oft schon ein ganz geringfügiges, von dem Betroffenen oft gar nicht beachtetes Trauma, um den Knochen zu brechen. Man hat die unter diesen Verhältnissen auftretenden Frakturen als „Spontanfrakturen" bezeichnet. Grunert[1]) hat vorgeschlagen, ihnen

[1]) Grunert: Ueber pathologische Frakturen (Spontanfrakturen). Deutsche Zeitschrift für Chirurgie; Bd. 76.

lieber die Bezeichnung „pathologische Frakturen“ zu geben, da es sich ja um die Frakturen von Knochen handelt, die durch pathologische Veränderungen abnorm brüchig geworden sind. Allerdings rechnet er hierzu auch die auf dem Boden der Alters- und Inaktivitätsatrophie entstandenen Frakturen.

Es wäre irrig, wollte man aus dem Vorhandensein einer solchen Fraktur einen Schluß ziehen auf die Intensität der Gewalt, die eingewirkt hat. Bisweilen ist es gerade erst eine Fraktur, die das erste Zeichen einer bestehenden Knochenerkrankung abgibt (Liebold,[1]) Tietze,[2]) v. Brunn,[3]) v. Burkhardt[4]).

Für den gerichtsärztlichen Sachverständigen ist die Kenntnis dieser pathologischen Frakturen überaus wichtig, da strafrechtlich eine solche Disposition für die Qualifikation von Knochenbrüchen nach Oesterreichischem Gesetze wesentlich ins Gewicht fällt. Versicherungsrechtlich kommt sie bei der obligatorischen Unfallversicherung nicht in Betracht, wohl aber — und zwar je nach den speziellen statutarischen Bestimmungen — bei der privaten Unfallversicherung.

Unter den Knochenerkrankungen sind es vor allem die Tumoren und unter diesen an Häufigkeit wieder die Sarkome, die den Knochen für das Entstehen einer pathologischen Fraktur besonders disponiert machen. Altschul[5]) berichtet in einer Statistik von 63 Sarkomfällen an der hiesigen chirurgischen Klinik über 10 Fälle, bei denen es zu Spontanfrakturen gekommen ist. Wie geringfügig oft die Ursachen sind, die zur Fraktur eines sarkomatös erkrankten Knochens führen können, zeigen einige Fälle, die Nasse[6]) veröffentlicht hat. Er berichtet über 6 Fälle von Spontanfrakturen bei Knochensarkom. Zwei Patienten konnten überhaupt keine Angabe über die Ursache der Entstehung der Fraktur machen; in den anderen Fällen führte das eine Mal eine schnellere Armbewegung die Fraktur des Oberarmes herbei, das andere Mal entstand eine Schenkelhalsfraktur beim Aufstehen und in einem dritten Falle hat die Wendung des Oberkörpers genügt, um die Fraktur eines Oberschenkels herbeizuführen. Wie aus den Zusammenstellungen von Nasse hervorgeht, sind es hauptsächlich die myelogenen Sarkome, die zu Spontanfrakturen führen. Grunert erwähnt einen von Burkhardt veröffentlichten Fall, wo die Fraktur

---

1) Liebold: Spontanfrakturen des Os ischii bei Tabes. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen; Bd. X.

2) Tietze: Ostitis fibrosa in forensischer Bedeutung. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin usw.; 1907, Bd. XXXIII, 3. Folge.

3) v. Brunn: Spontanfraktur als Frühsymptom der Ostitis fibrosa. Beiträge zur klinischen Chirurgie; 1906, Bd. L.

4) v. Burkhardt: Ein Fall von primärem, zu Spontanfraktur führendem Knochensarkome des rechten Oberschenkels bei einem 8jährigen Mädchen. Württembergisches medizinisches Korrespondenzblatt; 1893.

5) Altschul: Sarkome der langen Röhrenknocken. Bruns' Beiträge zur Chirurgie; Bd. 67. Festschrift Wölfler.

6) Nasse: Sarkome der langen Röhrenknochen. Archiv für klinische Chirurgie; Bd. 39.

das erste Zeichen der bestehenden Knochenerkrankung bildete. Das betreffende Kind hatte längere Zeit an schmerzlosem Hinken gelitten; da fiel es plötzlich auf ebener Erde zu Boden und es stellte sich heraus, daß der Oberschenkel gebrochen war. Es wurde eine Inzision gemacht und ein Knochensarkom unter einer ganz dünnen Knochenschale freigelegt.

Wir hatten vor einiger Zeit Gelegenheit, einen ähnlichen Fall, der forensisches Interesse beanspruchen darf, in unserem Institute zu obduzieren:

Die Vorgeschichte war folgende: Der 16 Jahre alte Realschüler O. S. verspürte im Monate Oktober 1910 beim Barrenturnen plötzlich einen Schmerz im linken Arm. Am selben Tage wurde er in einer anderen Lehrstunde unwohl und wurde vom Professor nach Hause geschickt. Nach einer kurzen Unterbrechung ging er, da er keine Beschwerden mehr hatte, wieder zur Schule und konnte auch mit der linken Hand wieder arbeiten. Mitte November desselben Jahres half der junge Mensch seinen Eltern bei der Uebersiedelung, trug jedoch angeblich nur kleinere Gegenstände und angeblich bloß mit der rechten Hand, verspürte dabei aber wieder Schmerzen im linken Arm. Am zweiten Tage darauf ging er mit seinem Vater auf die chirurgische Klinik, wo mittels Röntgenuntersuchung ein Bruch des linken Oberarmes festgestellt wurde. Es wurde eine Slaymersche Schiene angelegt und der Patient weiter ambulatorisch behandelt. Nach einigen Tagen klagte er über starke Schmerzen im linken Arm. Es wurde eine Schwellung des Oberarmes konstatiert und auf der Innenseite eine Probepunktion gemacht; dabei entleerte sich etwas Blut. Da der Patient stark fieberte, wurde er am 1. Dezember auf die Klinik aufgenommen.

Die Untersuchung ergab eine starke Schwellung im linken Schultergelenk und deutliche Fluktuation. Bei einer neuerlichen Punktion entleerte sich aus der Geschwulst wieder hellrotes Blut. Temp. 40°.

Am 5. Dezember wurde eine Inzision an der Vorderseite des Oberarmes gemacht mit einer Gegeninzision, wobei sich zahlreiche Blutkoagula und etwas flüssiges Blut aus der Wunde entleerten. Drainage der Wunde. Die bakteriologische Untersuchung der Blutkoagula ergab Streptokokken.

Am 19. Dezember wurde neuerdings eine Inzision gemacht und fast das ganze obere Bruchstück des Oberarmknochens mit der Zange leicht entfernt. Unter den Erscheinungen einer allgemeinen Sepsis am 28. Dezember Exitus letalis.

Die Obduktion der Leiche des ziemlich großen, sehr schwächlichen und stark abgemagerten anämischen Burschen ergab im wesentlichen folgendes:

An der Vorderseite der linken Schulter findet man eine mit antiseptischer Gaze austamponierte, sehr schlaff granulierende Inzisionswunde, durch welche die eingeführte Sonde in eine tiefe Höhle führt. Am Uebergang des oberen in das mittlere Drittel, weiter an der äußeren Grenze der linken vorderen Achselfalte und an der Außenseite des linken Oberarmes ebenfalls je eine teils austamponierte, teils drainierte Inzisionswunde. Durch alle diese Wunden gelangt man mit der Sonde in die oben erwähnte Wundhöhle in der linken Schultergelenksgegend.

Der ganze linke Arm und die linke Hand sehr stark geschwollen; an der Streckseite des linken Ellenbogengelenkes und am linken Handrücken, weiter in der Kreuzbeingegend Decubitus, ebenso in der Gegend des rechten Hüftgelenkes.

Die inneren Organe zeigten außer ziemlich starker Anämie nichts Besonderes.

Beim Einschneiden in die Weichteile der linken oberen Extremität zeigt sich die Haut und die Muskulatur von sehr reichlicher, leicht getrübter seröser Flüssigkeit durchtränkt.

Zur genauen Untersuchung wurde der Oberarmkochen herausgenommen und die Weichteile abpräpariert. Da fand man nun, daß das obere Drittel des Knochens in mehrere kleinere Stückchen zerfallen und das Mark dieser Partie in einen mißfarbigen graugrünlichen dicken Brei umgewandelt

war. Der übrige Teil des Oberarmknochens zeigte mit Ausnahme einer mäßigen Verdickung etwa im Bereiche des mittleren Drittels äußerlich keine weiteren krankhaften Veränderungen.

Nach Aufsägen der unteren zwei Drittel des Oberarmknochens in der Längsachse fand man in der Markhöhle unmittelbar unterhalb des oberen Randes des unteren Bruchstückes eine durch eine mäßig dicke, etwas mißfarbige Membran scharf abgegrenzte haselnußgroße Höhle, welche mit dickem günlich gelbem Eiter erfüllt war. Im Bereiche dieser Eiterhöhle waren gar keine Knochenbälkchen und kein normales Mark wahrzunehmen. Unmittelbar unterhalb dieses Eiterherdes fiel ein ebenfalls etwa haselnußgroßer Herd einer eigentümlich homogen aussehenden, graurötlichen fremdartigen Maße von mittlerer Festigkeit auf, in welcher sich am Durchschnitte mehrere mäßig große, festgeronnene Blutaustritte fanden.

Schon die makroskopische Untersuchung ließ mit größter Wahrscheinlichkeit annehmen, daß die in dem Knochen vorgefundene fremdartige Gewebsmasse ein Sarkom darstellt, das dann zu einer Osteomyelitis in der nächsten Nachbarschaft geführt hat.

Diese Annahme wurde dann noch durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt. Danach bestand die Tumormasse aus einem sehr zellreichen Gewebe, dessen Zellen verschieden groß und von verschiedener Gestalt waren und zwischen denen stellenweise ein sehr reichlich entwickeltes bindegewebiges Stroma von homogenem Aussehen zu sehen war.

Nach dieser Untersuchung war es klar, daß es sich in diesem Falle um einen krankhaft veränderten Knochen handelte, bei dem es entweder spontan oder aber infolge einer ganz geringfügigen Gewalteinwirkung zu einer Fraktur gekommen war. Es ließ sich aus dem Befunde nicht sagen, zu welcher Zeit die Fraktur entstanden und ob sie tatsächlich gerade damals beim Turnen aufgetreten ist. Und auch die von dem Vater des jungen Menschen bei Gericht gemachten Angaben über die Vorgeschichte der Erkrankung ließen diesbezüglich keinen bestimmten Schluß zu, da ja von einer Gewalteinwirkung, die das Zustandekommen dieser Fraktur erklären ließe, nichts angegeben ist, sondern nur erwähnt wird, daß der Verstorbene plötzlich beim Turnen einen Schmerz im Arm verspürte. Solche plötzliche Schmerzen im Knochen treten aber auch sehr häufig ohne nachweisbare Ursache bei einer Geschwulstbildung im Knochen auf und bilden oft das erste Zeichen einer solchen Knochenmarkserkrankung. Ob das Sarkom spontan entstanden ist oder aber die Folge eines Traumas war, ließ sich ebenfalls nicht mit Sicherheit entscheiden, doch dürfte die spontane Entstehung die viel wahrscheinlichere sein, da ja von einer direkten Gewalteinwirkung, die das Sarkom hätte entstehen lassen können, in den Akten nichts erwähnt ist.

Es handelt sich demnach aller Wahrscheinlichkeit nach hier um einen jener Fälle, wo es aus unbekannter Ursache zur Entwicklung eines myelogenen Sarkoms gekommen ist. Infolge eines ganz geringfügigen Traumas, das dem Träger der krankhaften Affektion gar nicht zum Bewußtsein kommen mußte, kam es zu einer Fraktur im Bereiche des vom Sarkom ergriffenen Knochens. Im Verlaufe der Behandlung dieser Fraktur trat eine Osteomyelitis hinzu, deren Beginn sich durch das plötzlich einsetzende hohe Fieber genau anzeigte.

Dieser Fall zeigt also, wie leicht klinisch selbst bei Zu-

hilfenahme des Röntgenbildes bei einem Knochenbruche das Vorhandensein eines Knochentumors übersehen werden kann, da das Röntgenbild einen so kleinen Tumor, besonders wenn er zentral gelegen ist, gelegentlich überhaupt nicht zeigt, und wie vorsichtig man daher bei der Beurteilung und Qualifikation von Knochenbrüchen sein muß. Er lehrt ferner, wie wichtig es ist, bei der Beurteilung von Frakturen genau zu prüfen, ob denn die Gewalteinwirkung, die als Ursache einer Fraktur bezeichnet wird, tatsächlich so groß war, daß sich durch sie allein die Entstehung eines Bruches eines sonst vollkommen gesunden Knochens erfahrungsgemäß erklären ließe.

Einfache Hausenteisenungsapparate.

Von Dr. med. **Karl Opitz**, Kreisarzt in Peine.

Eine sehr einfache Vorrichtung, um im kleinen eisenhaltiges Wasser von seinem störenden Eisen zu befreien, ist vor längeren Jahren in dieser Zeitschrift von Wolff[1]) geschildert worden; er hat den Faßenteisener, das sogenannte Dunbarsche Faß, sowohl in seiner primitivsten, wie auch in einer etwas komplizierteren und hygienisch einwandfreieren Form beschrieben. Wenn auch seine Erfahrungen sich damals nur auf eine verhältnismäßig kurze Zeit und geringe Zahl von Apparaten erstreckten, so haben sie sich doch bei allen zahlreichen später geschaffenen Anlagen auf die Dauer bewahrheitet.

Allerdings hat sich die Gestalt der Apparate allmählich nicht unwesentlich geändert. Die von Wolff angegebenen Vorrichtungen waren vor allem auch von dem Gesichtspunkte aus erdacht, daß sie möglichst billig und einfach sein sollten; bei Benutzung eines alten Butterfaßes sollten sie schon mit einem Kostenaufwande von 3 Mark zu beschaffen sein. Diese Improvisationen, die zum großen Teile aus Holz bestanden, konnten natürlich nicht auf eine längere Lebensdauer rechnen. Deshalb wurde später von solchen empfindlicheren Stoffen gänzlich abgesehen und außer der Sandfüllung nur Metall verwendet. Ferner mußte bei Vorrichtungen, die für die Dauer bestimmt waren und nie anders als durch Spülungen in Zwischenräumen von $^1/_4$—1 Jahre gereinigt werden sollten, peinlich darauf geachtet werden, daß kein Staub und anderer Schmutz an die mit dem Wasser in Berührung kommenden Stellen gelangen konnte. Natürlich ist der Preis mit diesen Verbesserungen wesentlich gestiegen; indessen kann ein Apparat, wie ihn die folgende Abbildung zeigt, von jedem Klempner oder Schlosser je nach Größe für 100 bis 200 Mark hergestellt werden,[2]) während sonst Hausenteisenungspumpen 500 bis 1000 Mark zu kosten pflegen.

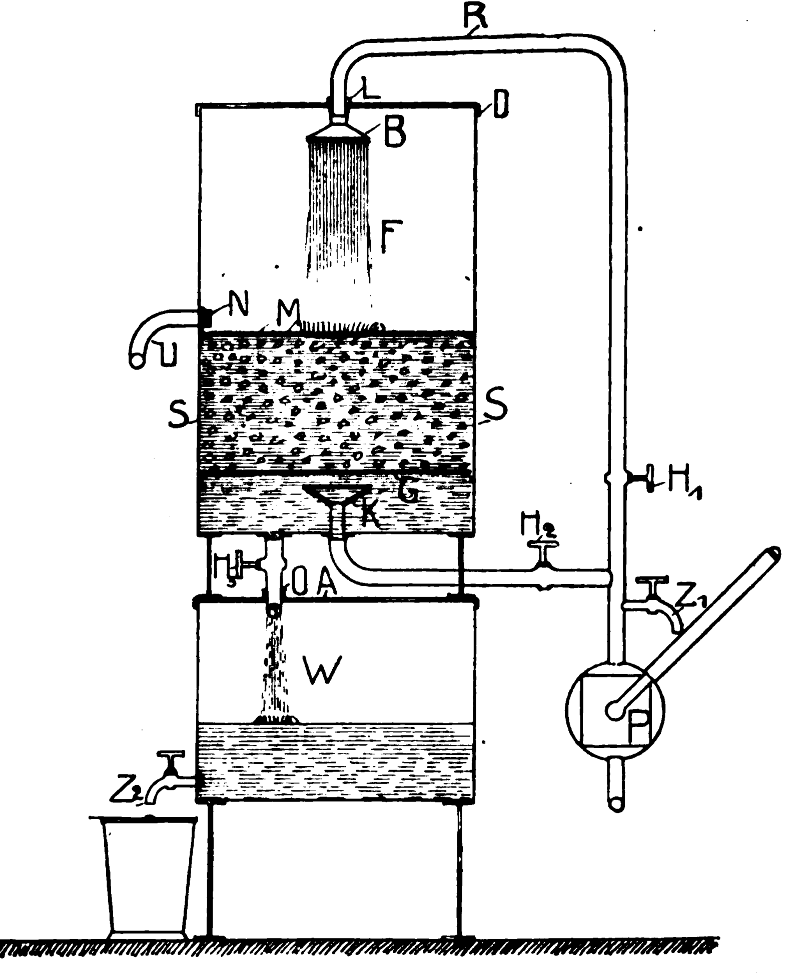
---

[1]) Ueber eisenhaltiges Brunnenwasser. Zeitsch. für Medizinalbeamte, 1901.

[2]) Z. B. Diercks-Neuenfelde, Kr. Jork; Hilmer-Estebrügge, Kr. Jork; Bergmann-Jork; Ohse-Estebrügge, Kr. Jork.

Die nachstehende Abbildung[3]) stellt den senkrechten Durchschnitt eines Enteisenungsapparates dar:

Schließt man die Hähne H_1 und H_2 und öffnet den Zapfhahn Z_1, so wird man durch die Druckpumpe P das eisenhaltige Wasser in ungereinigtem Zustande fördern, und kann es so zu gewissen wirtschaftlichen Zwecken, bei denen das Eisen nicht stört, verwenden. Will man das Wasser enteisenen, so wird der Hahn H_2 und der Zapfhahn Z_1 geschlossen und das Wasser vermittelst der Druckpumpe P bei offenem Hahn H_1 durch die Brause B in den Filterraum F gepumpt. Dieser Filterraum F ist durch einen mit übergreifendem Rande versehenen Deckel D, der nur ein kleines Loch L für den Durchtritt des Rohres R besitzt, verschlossen, damit kein Staub hineinfallen kann. Um diesen Deckel D ohne Entfernung der Brause B abnehmen zu können, fertigt man ihn am besten aus zwei Halbkreisflächen an, welche sich an der Berührungslinie etwas überragen. Der Ueberlauf U ist innen zum Schutz gegen etwa aufwärts-



kriechende Insekten und dergl. durch ein Drahtnetz N verschlossen; er führt nach der Abwasserrinne hin. — Das Eisen, das durch eingehende Berührung mit der Luft auf dem Wege des Wassers von der Brause B zum Sandfilter S vom löslichen Oxydul zu dem unlöslichen Oxyd oxydiert wird und hiernach ausfällt, wird durch die Sandschicht S mechanisch zurückgehalten; zugleich wirkt das die Sandkörnchen umhüllende Eisenoxyd als Sauerstoffüberträger katalytisch auf etwa noch nicht oxydiertes Oxydul ein. Der Sand, welcher eine gleichmäßige Korngröße von 1 mm besitzen muß, ruht auf einer Unterlage von Drahtgaze G. Um eine Aufwirbelung des Sandes durch das aus der Brause B

[3]) Diese Abbildung ist dem Aufsatze des Verfassers: „Hygienische Beobachtungen bei Haus-Enteisenungsapparaten“ (Klin. Jahrb.; Bd. 26, S. 450) entnommen.

einfallende Wasser zu vermeiden, liegt auf der Sandschicht S eine ringsum durchlöcherte Metallplatte M, welche jedoch in der Mitte, soweit das Wasser in direktem Strahl auf sie herabfällt, keine Löcher haben darf. Das enteisente Wasser läuft durch den stets offen zu haltenden Hahn H_3 in den Reinwasserbehälter W, der durch eine dem beschriebenen Deckel D entsprechend eingerichtete Abdeckung A vor Staub geschützt wird. Nur an der Durchtrittsstelle des zum Eintritt des enteisenten Wassers bestimmten Abflußrohres hat diese Abdeckung A eine kleine Oeffnung O; um den Reinwasserbehälter W im Bedarfsfalle reinigen zu können, was indessen bei guter Abdeckung kaum erforderlich werden wird, muß die Abdeckung A abnehmbar sein. — Wenn sich nach Verlauf von Monaten das Sandfilter S durch ausgeschiedenes Eisenoxyd so versetzt, daß die Ergiebigkeit des Filters sehr erheblich nachgelassen hat, muß man den Apparat von dem Eisenocker befreien. Bei dieser Maßnahme bleibt der Apparat selbst ebenso geschlossen, wie während des Betriebes, und sein Inhalt vollkommen unberührt; es werden nur die Hähne H_1 und H_3 geschlossen, während der Hahn H_2 geöffnet wird. Das vermittelst der Pumpe P geförderte Wasser dringt nun mit kräftigem Druck durch das Kopfstück K von unten in den Sand S und den Filterraum F ein und spült den Eisenschlamm mit fort, indem es durch den Ueberlauf U in die Abwasserleitung abfließt. Das Kopfstück K soll nur an den Seiten durchbrochen sein, oben aber einen massiven Abschluß haben, damit der Sand S nicht zu stark umgewühlt wird. Man pumpt so lange, bis das zuerst braungelbe, trübe Wasser klar aus dem Ueberlaufe U abfließt. Dann schließt man den Hahn H_2, öffnet den Hahn H_3 und kann nunmehr nach Oeffnung des Hahnes H_1 mit der Enteisenung von neuem beginnen.

Damit nun ein Apparat auch wirtschaftlich, wie hygienisch gut arbeitet, müssen verschiedene Bedingungen erfüllt sein. Die wirtschaftlichen Gesichtspunkte hat Wolff in der oben erwähnten Arbeit, auf die verwiesen wird, bereits erschöpfend besprochen; es kommt vor allem auf folgendes an:

1. Die Körner des Filtersandes sollen möglichst gleichmäßig 1 mm groß sein; sind sie von verschiedener Größe oder zu klein, so sind die Zwischenräume zu eng und verstopfen sich so schnell, daß die Ergiebigkeit des Filters rasch abnimmt; sind sie zu groß, so fließt das Wasser zu schnell hindurch, ohne sein Eisen genügend ausgeschieden zu haben.

2. Die Sandschicht darf aus dem soeben angeführten Grunde nicht zu niedrig sein; sie darf aber auch nicht zu hoch sein, sonst verringert sich die Ergiebigkeit von Anfang an zu sehr und findet bei der Reinigungsspülung keine genügende Durchwühlung des Sandes statt.

3. Jedes einzelne Sandkorn soll mit einer feinen Schicht von Eisenocker überzogen sein; dies stellt sich bei Benutzung des Apparates im Verlaufe von einigen Tagen oder Wochen ganz von selbst ein; ehe dies geschehen, kann man auf eine vollkommene Wirksamkeit des Apparates noch nicht rechnen; die Reinigungsspülung darf nicht so stark sein, daß diese feine Eisenockerhülle etwa abgeschwemmt würde; es darf durch die Spülung nur das in den Hohlräumen zwischen den Sandkörnchen befindliche Eisen hinweggespült werden.

4. Das Filter soll nach jedesmaliger Füllung vollkommen leer laufen, ehe von neuem Wasser hineingepumpt wird; denn nur so können sich in den Pausen die Zwischenräume zwischen den einzelnen Sandkörnchen mit der zur vollständigen Oxydation erforderlichen Luft füllen.

Die Abmessungen eines Apparates stellen sich am besten wie folgt: die Brause B soll mindestens 25—30 cm über der Metallplatte M liegen; die Filterschicht S soll etwa ebenso hoch sein. Im übrigen wählt man den Querschnitt des Filterraumes F und des Reinwasserbehälters W, sowie des letzteren Höhe so, daß der Reinwasserbehälter den ganzen Tagesverbrauch oder einen großen Teil desselben auf einmal fassen kann, und daß man diesen Bedarf vermittelst einiger weniger Inbetriebsetzungen des Filters decken kann. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß für viele Zwecke das Wasser ohne vorherige Enteisenung verwendet werden kann, wie z. B. zum Viehtränken, zum Scheuern, Begießen des Gartens, Baden. Enteisentes Wasser braucht man vor allem zum Trinken, Kochen, Aufwaschen des Geschirrs und zur Wäsche; für diese Zwecke genügen an gewöhnlichen Tagen 15—25 Liter für den Kopf, an Waschtagen wird der Bedarf entsprechend größer sein. Bei einem Durchmesser des Filterraumes F von 50 cm und einer Höhe desselben von seinem Boden bis zu der Metallplatte M von 35 cm wird eine Füllung des Apparates 30 Liter Reinwasser liefern; in diesem Falle wird man den Reinwasserbehälter W bei gleichem Durchmesser etwa 70 cm hoch machen. Sein Inhalt betrüge also etwa 120 Liter und reichte demnach bei einmaliger Füllung für einen Hausstand von 6 Köpfen bequem aus; zu seiner Füllung müßte das Filter viermal vollgepumpt werden.

Wenn man einen solchen Enteisenungsapparat auf seine Wirksamkeit prüft, darf man nicht allein auf den Gehalt des Rohwassers und des Reinwassers an Eisen untersuchen, sondern man muß auch auf alle die übrigen Bestandteile des Wassers, die für eine hygienische Beurteilung von Wichtigkeit sind, sein Augenmerk richten. Der Eisengehalt darf bei einem Wasser, das dauernd klar sein soll, nicht über 0,3 mg im Liter liegen; einen solchen Reinigungseffekt erzielt man bei Wässern mit einem ursprünglichen Gehalt bis zu 30 mg leicht. Allerdings darf es sich nicht um ein Moorwasser handeln; bei diesem versagt die Oxydationsmethode selbst bei wesentlich geringerem Eisengehalt vollständig. Im übrigen sind folgende Punkte zu beachten:

1. Der Keimgehalt des Reinwassers muß dauernd sehr niedrig sein; dies ist nur bei sehr dicht bedeckten und an staubfreiem Ort aufgestellten Apparaten zu erzielen.

2. Wenn das Rohwasser frei von Salpetersäure und salpetriger Säure war, ist der Befund dieser Körper im Reinwasser unbedenklich, sofern der Keimgehalt gering ist; eine Oxydation von Ammoniak, der ja in eisenhaltigen Wässern nicht selten angetroffen wird und bei Tiefenwasser unbedenklich ist, zu den genannten Körpern kann auf lediglich chemischem Wege ohne Mitwirkung von Bakterien stattfinden.

3. Der Verbrauch des Wassers an Kaliumpermanganat zur Oxydation der organischen Bestandteile darf keinesfalls im

enteisenten Wasser größer sein, als im Rohwasser; im Gegenteil findet in der Regel eine nicht unbeträchtliche Verminderung des Permanganatverbrauches statt. Diese Erscheinung erklärt sich ohne weiteres durch eine unmittelbare Aufnahme von Sauerstoff durch die organischen Substanzen, die, wie soeben erwähnt, auch ohne Mitwirkung von Bakterien stattfinden kann. Wenn der Permanganatverbrauch im Reinwasser gegenüber dem Rohwasser gesteigert ist, kann man mit Sicherheit auf eine starke Verschmutzung des Apparates schließen; in der Regel wird ein ungenügend gereinigter Filtersand die Ursache sein.[1])

Ergänzung zu meinem Aufsatz: „Ein Beitrag zur Indikationsstellung zur inneren Untersuchung bei Leitung von Geburten durch Hebammen", in Heft 9 dieser Zeitschrift.

Von Kreisarzt Dr. **Schultz-Schultzenstein** in Freienwalde.

Zur näheren Begründung meiner Empfehlung, die Indikationsstellung zur Vornahme der inneren Untersuchung seitens der Hebammen noch mehr als bisher einzuschränken, habe ich noch einiges anzuführen:

Es unterliegt gar keinem Zweifel, daß die innere Untersuchung durch Hebammen unter gewissen Umständen zu einer Infektion der Kreissenden führen kann und, daß die Blase durch die innere Untersuchung in gewissen Fällen zu einer Zeit, wo dies keineswegs erwünscht ist, zum Zerspringen gebracht werden kann. Diese Erwägungen haben wohl schon seit langer Zeit Anlaß gegeben, die innere Untersuchung möglichst einzuschränken. Ich kann mich deshalb nicht dafür aussprechen, daß die innere Untersuchung zu didaktischen Zwecken den Hebammen in ihrer Praxis erlaubt wird, meine vielmehr, daß diese Untersuchung auf genau indizierte Fälle beschränkt werden muß.

Im Gegensatz zu Herrn Med.-Rat Dr. Litterski[2]) habe ich in verhältnismäßig vielen Fällen zweifellos feststellen können, daß nach Fehlern der Hebammen gegen die Asepsis und Antisepsis Erkrankungen der Wöchnerinnen eingetreten sind. Noch vor kurzem gelang es mir, eine ältere Hebamme, während sie eine Entbindung leitete, bei der sie innerlich untersucht hatte, dabei zu überraschen, daß sie vorher eine Desinfektion ihrer Hände überhaupt nicht vorgenommen hatte. „Degeneration" nennt Herr Geh. Rat Ahlfeld[3]) solche Vorkommnisse mit vollem Recht.

Wenn nun feststeht, daß in der allgemeine Praxis die Resultate bei normalen Geburten schlechter sind, als in den Entbindungsanstalten, so erblicke ich darin einen Grund

---

[1]) Klinisches Jahrbuch; Bd. 26, S. 459.
[2]) Siehe diesen Artikel in Nr. 13 dieser Zeitschrift, 1912, S. 474.
[3]) Siehe diesen Artikel in derselben Nummer dieser Zeitschrift; S. 470.

mehr dafür, die innere Untersuchung möglichst einzuschränken. Ich habe mich selbst davon überzeugen können, daß ein Teil der Hebammen tatsächlich degeneriert.

Durch eine weitgehende Zulassung der inneren Untersuchung wird aber nach meiner Ueberzeugung das Degenerieren der Hebammen sicherlich nicht aufgehalten, sondern im Gegenteil, das von den degenerierten Frauen zu befürchtende Unheil vermehrt. In einer Beschränkung der inneren Untersuchung auf die Fälle, wo sie notwendig indiziert ist, vermag ich keineswegs eine Degradierung des Hebammenstandes zu erblicken: Auch wir Aerzte handeln stets nach dem Grundsatz, irgendwie eingreifende Untersuchungsmethoden nur dann anzuwenden, wenn sie unumgänglich nötig sind. Die Vornahme der inneren Untersuchung nur zu dem Zweck, um der Kreissenden oder den Angehörigen sagen zu können, wie lange es noch bis zur Geburt dauern wird, (wenn dies ausnahmsweise aus wiederholten äußeren Untersuchungen nicht gefolgert werden kann), halte ich aus den oben angeführten Gründen nicht für empfehlenswert.[1]) Dergleichen Aeußerungen auf Grund innerer Untersuchungen haben m. E. nur einen beschränkten Wert und werden oft durch unerwartet eintretende Wehenschwäche ganz illusorisch.

An keiner Stelle meines Aufsatzes in Nr. 9 dieser Zeitschrift habe ich davon gesprochen, daß die Hebammen überhaupt nicht innerlich untersuchen sollen, sondern nur für drei scharf umschriebene Fälle den Fortfall der inneren Untersuchung vorgeschlagen. Ich will auch hier gleich hervorheben, daß mein Vorschlag, bei der Untersuchung auf Schwangerschaft von der inneren Untersuchung Abstand zu nehmen, bisher unwidersprochen geblieben ist.

Es wird nun angenommen, daß ich den Wert der äußeren Untersuchung überschätze; ich darf daher nochmals auf meine diesbezüglichen Aeußerungen hinweisen. Ich habe nur von einer Reihe von Fällen gesprochen, bei denen auf Grund des Ergebnisses der äußeren Untersuchung zunächst auf eine innere verzichtet werden kann. Es ist lange und allgemein bekannt, daß die äußere Untersuchung nicht in allen Fällen zu einem abschließenden Ergebnis führt. Schon Scanzoni lehrte, daß „mittels des Tastsinnes“ in den meisten Fällen einzelne Kindesteile mit Bestimmtheit durchgeführt werden können, daß diese Art der Untersuchung aber beim Vorhandensein „einer großen Menge von Fruchtwässern“, bei ödematösen oder sehr fettreichen Bauchdecken schwierig, ja selbst ganz unmöglich sein kann. Es erscheint mir nun selbstverständlich, daß man diese letzteren Fälle nicht unter diejenigen subsummieren kann, in denen man „auf Grund des Ergebnisses der äußeren Untersuchung“ auf die innere ver-

---

[1]) Cfr. Sammlung klin. Vorträge; begr. von v. Volkmann. Neue Folge. Gynäkol. Nr. 240.

zichten soll. In der *Mehrzahl* der Fälle wird aber die äußere Untersuchung, von einer geübten Person ausgeführt, ein brauchbares Ergebnis haben. Quer- und Schieflagen sind nach meinen Erfahrungen regelmäßig durch äußere Untersuchung zu ermitteln.

Beim Lesen des Aufsatzes des Herrn Dr. *Litterski* konnte ich mich des Gedankens nicht erwehren, daß dieser Autor die von mir gesteckten Grenzen für die Abstandnahme von der inneren Untersuchung nicht scharf genug im Auge behalten hat: Bei noch stehender Blase kann man m. E. von *Vorfällen* überhaupt nicht gut sprechen. Das *Vorliegen* eines kleinen Teils oder der Nabelschnur bei Querlagen würde ich aber nur für einen Grund mehr dafür ansehen, sofort einen Geburtshelfer zur Stelle zu rufen, wie dies für Querlage an sich schon durch unser Hebammen-Lehrbuch angeordnet ist. Von der Feststellung des Vorliegens eines kleinen Teils bei stehender Blase und Querlage durch die Hebamme vermag ich mir daher keinen Vorteil zu versprechen, muß vielmehr annehmen, daß die Möglichkeit des Vorliegens eines kleinen Teils als *Gegengrund* gegen die innere Untersuchung der Hebamme bei Querlage und stehender Blase anzusehen ist. Gerade in diesen Fällen kommt es ganz besonders darauf an, bis zum Eintreffen des Geburtshelfers die Blase zu schonen. Ein pflichtbewußter Geburtshelfer wird aber — zu einer Querlage gerufen — sich ohnehin möglichst beeilen, um den günstigen Zeitpunkt für die Wendung *vor* Abfluß des Wassers auszunützen. Daher erscheint es mir irrelevant, ob die Hebamme dem Arzt meldet: „Querlage“ oder „Querlage mit vorgefallener Hand pp.“ Für wichtiger würde ich die Meldung halten: „Querlage, Blase steht noch.“

Bei Beckenendlagen ist das *Vorliegen* der Nabelschnur nun ein recht seltenes Ereignis; es gleicht sich auch oft durch den Fortgang der Geburt durch Zerrung an der Schnur wieder aus. Wenn aber tatsächlich eine Kompression der Nabelschnur eintreten sollte, so wird eine geübte Hebamme dies zunächst sehr gut bei Beobachtung der Herztöne während der Wehe entdecken und sich dann entschließen können, entweder sofort oder nach vorheriger innerer Untersuchung den Geburtshelfer zu rufen.

Nicht wieder ausgeglichenes *Vorliegen* und gegebenenfalls *Vorfall* der Nabelschnur bei Schädellagen ist aber immer ein kritischer Zustand für das Kind; auch bei Anlegung der Zange.

In den verhältnismäßig seltenen Fällen des Vorliegens von *Geschwülsten* wird die Hebamme wohl allermeist wegen nicht Fortschreitens der Geburt den Arzt rufen, und das Vorliegen der Geschwulst vom Arzt diagnostiziert werden.

Eine Erkrankung an Collum-Karzinom oder Portio-Karzinom wird in den allermeisten Fällen schon vor Beginn des Kreissens Erscheinungen machen (Blutungen, Ausfluß). Sollten solche Erscheinungen ausnahmsweise ganz gefehlt haben, so ist

es mir recht zweifelhaft, ob der Krebs bei der ersten Untersuchung von der Hebamme wird festgestellt werden können. Allermeist wird auch hierbei wohl der Arzt wegen nicht Fortschreitens der Geburt gerufen werden, da Collum-Karzinome, wenn sie nicht weit vorgeschritten sind (dann aber rufen sie zunächst Abort hervor), die Portio meist gar nicht in Mitleidenschaft ziehen.

Beim Vorhandensein eines engen oder platten Beckens wird bei Mehrgebärenden diese Tatsache den Kreissenden bekannt sein. Bei Erstgebärenden kann die Hebamme durch Befragen nach überstandener Rhachitis — wie dies vorgeschrieben ist — schon aufmerksam werden und auch die Anomalie durch die Form der Darmbeinkämme erkennen. Diese Befunde werden dann Anlaß zur inneren Untersuchung geben, wenn nicht, wie es zumeist geschieht, das Nichtfortschreiten der Geburt Anlaß gibt, den Arzt zu rufen. (Ich will hier nicht erörtern, ob es vielleicht möglich wäre, der Hebamme einen Tasterzirkel in die Hand zu geben, zur Messung der Conjugata externa und des Abstandes der Spinae aut. sup., wodurch ein plattes oder allgemein verengtes Becken allermeist recht gut erkannt wird. Die Messung dürfte nicht zu schwierig sein.)

Ich möchte noch sagen, daß ein neues Hebammen-Lehrbuch m. E. nicht geschrieben werden sollte, um sich dem Bildungsstand der jetzigen Hebammen anzupassen; ich nehme vielmehr an, daß alle wichtigen neueren Erfahrungen darin verwendet werden, um alte und junge Hebammen zu fördern.

Die von mir in Nr. 9 dieser Zeitschrift beregten Fälle betreffen nun keineswegs Befunde (außer den Querlagen), die zu einem schnellen Eingreifen Anlaß geben könnten, sondern vielmehr nur solche, die die große Kunst des Geburtshelfers, „das Abwarten“, erfordern. Bei Querlagen ist ja ohnehin der Arzt sofort zu rufen, wenn die Hebamme sich nicht nach Lage der Sache entschließen muß, selbst zu wenden.

Es erscheint mir endlich nicht besonders schwierig, durch einige bestimmte Sätze in einem Hebammen-Lehrbuch meine Vorschläge zu verwirklichen, ohne in Undeutlichkeiten zu verfallen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Spontane und traumatische Aortenzerreissungen. Von Privatdozent Dr. P. Fraenkel, I. Assistenten. (Unterr.-Anst. für Staatsarzneikunde in Berlin. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Straßmann.) Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin usw.; 1912, 3. F., Bd. 43, H. 2, S. 324—338.

Zunächst werden zwei plötzliche Todesfälle durch die seltene Aortenruptur bei angeborener Isthmusstenose mitgeteilt, die beide jüngere Männer betrafen. In dem einem Falle bestand eine totale Obliteration mit tiefer Einschnürung des Aortenrohrs unterhalb der linken Subclavia, im anderen ein bis auf 1 mm verschlossenes Septum oberhalb, und ein zweites halbmondförmiges unterhalb der Subclavia. Im letzteren Falle waren nur 2 Aortenklappen vorhanden und das Foramen ovale offen. Das erste Mal war die Intima löcherig, Syphilis nicht ausgeschlossen, der innere Riß, dicht oberhalb der Klappen,

offenbar vor längere Zeit entstanden; es hatte sich ein gut wallnußgroßes, sackförmiges Aneurysma dissecans ausgebildet, das auch allmählich zerrissen war. Herzhypertrophie und Erweiterung des Aortenanfanges bestanden nicht. Das andere Mal war die Intima glatt, die aufsteigende Aorta gedehnt und dünn, das Herz hypertrophisch, der Riß wieder an typischer Stelle gelegen, aber jedenfalls rasch hintereinander (in 1½ Stunden) innen und außen entstanden. Die gesunde rechte Kranzader war dicht hinter ihrem Ursprung glatt durchtrennt, vielleicht durch die zwischen die Aortenschichten einstürzenden Blutmassen

.Die angeborene Stenose ist, wie die Literatur ergibt, durchaus nicht gleichgültig für das Individuum, wie von anderer Seite behauptet wird; denn trotz der Kollateralen disponiert sie unverkennbar zu frühem Tod. Wie andere Herzerkrankungen müssen auch die spontanen Rupturen auf sie zurückgeführt werden. Es ist an die Möglichkeit ebenfalls angeborener Fehler in der Gewebsbildung der Aortenwand zu denken, die bisher allerdings nicht nachgewiesen sind. Die bisher gefundenen, und auch in den beiden Beobachtungen z. T. angetroffenen mikroskopischen Veränderungen der Aorta (Intima und Media) sind Folgen der Stenose, nicht angeboren. Trotz Kollateralen muß es bei fortgesetzten körperlichen Anstrengungen infolge der Kompression der Gefäße durch die Muskeln zu Ueberanstrengungen des Herzens und zu Dehnungen der Aorta kommen; schwere körperliche Arbeit ist also geeignet, die Ruptur zu begünstigen. Zu solchen Arbeiten dürfen Personen mit der Stenose — die ja bei aufmerksamer Untersuchung klinisch diagnostiziert wird — nicht angestellt werden. Erleiden sie (wie im zweiten Falle) im Anschlusse an die Arbeit die Ruptur, so ist teilweise ein Zusammenhang mit der Anstrengung, also eine Entschädigungspflicht zuzugeben.

Ein dritter Fall betrifft eine doppelte Zerreissung einer arteriosklerotischen Aorta, der vierte eine Aortenruptur, die 4½ Monate nach einem Unfall — Anfahren — zum Tode führte. Der Zusammenhang war erweislich durch einen Rippencallus mit lokaler Pleuritis, die zusammen mit dem Hergange des Unfalles die Möglichkeit einer Zerrung einer atheromatösen Aorta ergaben. Es war ein leichter innerer Riß anzunehmen, der unter körperlichem Verfall zu einem intramuralen Hämatom und in den letzten Lebenstagen zu langsamer Verblutung in die rechte Pleurahöhle geführt hatte.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Zur Erklärung des sogenannten „Brandsaumes“. Von Privatdozent Dr. P. Fraenckel, I. Assistenten. (Unterr.-Anst. für Staatsarzneikunde in Berlin. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Straßmann.) Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin usw.; 1912, 3. F., Bd. 43, Heft 2, S. 289—292.

Der von fast allen Autoren außer v. Hofmann als Wirkung der Mündungsflamme erklärte vertrocknete Hof um den Einschuß („Brandsaum“) kommt ebenso bei rauchschwachem Pulver vor, das keine Versengung bewirkt. Leichenversuche und Erwägungen führen zu der Ueberzeugung, daß es sich vielmehr, ähnlich wie v. Hofmann lehrte, auch beim Schwarzpulver um eine Druckwirkung handelt. Ob der Druck allein durch den Gaskegel oder auch die festen Pulverrückstände hervorgerufen wird, ist nicht entschieden. Die Flammenwirkung ist jedenfalls nebensächlich. Als Abdruck des Gas- bezw. Pulverkegels hat der Vertrocknungshof Wert für die genauere Abschätzung der Entfernung beim Nahschusse.

Dr. P. Fraenckel-Berlin.

Chirurgische Betrachtungen über die Verletzungen im italienisch-türkischen Krieg. Von Stabsarzt Dr. De Sarlo, Eugenio, Pisa. Giornale di Medicina Militare; Heft IV, vom 30. April 1912.

Verfasser faßt seine Beobachtungen in folgenden Sätzen zusammen.

Der italienisch-türkische Krieg hat von neuem bestätigt, daß die Ausdehnung und Schwere der Verletzungen von Kaliber und der Gestaltsveränderung der Geschosse abhängig ist. Ausgedehnte Verletzungen, die von dem Bleimantel verursacht werden, hindern bei gleichzeitiger Gefäßverletzung die Bildung von Blutergüssen; daher ist ein selbständiger Stillstand der Blutungen meistenteils ausgeschlossen. Trotz der keineswegs humanen Beschaffenheit der Bleigeschosse, welche von den Türken und Arabern verwandt wurden, wurde

der Wundverlauf im allgemeinen nicht durch schwere Infektionen gestört. Die Erfahrungen des jetzigen Feldzuges in Libien vergegenwärtigen abermals die großen Schwierigkeiten ärztlicher Eingriffe und die Wichtigkeit einer konservativen Behandlung bei Knochenverletzungen. Dr. Dohrn-Hannover.

Einige Winke für militärärztliche Untersuchung von Sehstörungen. Von Prof. Dr. G. Pfalz in Düsseldorf. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1912, Nr. 12.

Die Winke dürften auch für den zivilärztlichen Sachverständigen nicht ohne Bedeutung sein. Pfalz verlangt vor allem eine richtig einsetzende Untersuchung, d. h. eine solche, bei der der Untersuchende schon vor der Sehprüfung sich durch objektive Untersuchung eine Vorstellung von der zu erwartenden Sehschärfe machen kann. Erst nach der Prüfung mit dem objektiv bestimmten Glase kommt die Sehprüfung ohne Glas als letztes. Langes Herumprobieren mit Brillengläsern bringt den Untersuchten, wenn er zu täuschen versucht, zu der Ansicht, daß der Arzt nicht ganz genau Bescheid weiß. Der Scheuklsche Simulationsversuch (Konvexglas von etwa 3 D vor das angeblich normale Auge) wird empfohlen. Ein wie ein Brillenglas gefaßtes Fensterglas tut oft Wunder — bei ganz „naiven" Personen genügt sogar, wie ich als Referent nach 3 eigenen Beobachtungen hinzusetzen möchte, schon das Aufsetzen des gläserlosen Brillengestells, um Besserung oder Verschlechterung der Sehleistung zu bewirken. Dr. Bernstein-Allenstein.

Hypophysis und Haarsystem. Von Léopold, Lévi und Wilborts. Comptes rendus de soc. de biol.; LXXII, 1912, Nr. 18.

In einer im Januarheft 1912 der Arch. intern. de méd. lég. enthaltenen Besprechung der Arbeit Ludwig Picks: „Ueber Dystrophia adiposo-genitalis bei Neubildungen im Hypophysengebiet" sagt F. Strassmann, daß diese Untersuchungen auch die gerichtliche Medizin ebenso interessieren, wie die übrigen medizinischen Teilgebiete. Aus diesem Grunde sei hier über eine ähnliche Beobachtung referiert.

In der Klinik des Dr. Faisans behandelten die Autoren einen 27jährigen Mann von kolossaler Fettsucht, der bei 202 kg Gewicht eine Größe von 1,72 m hatte. Dabei bestand Atrophie der Geschlechtsorgane. Es handelte sich um die „Dystrophia adiposo-genitalis von Fröhlich-Launois. Der Mann war bartlos, hatte auch am Körper und in den Achselhöhlen keine, am mons veneris wenig Haare. Die Autoren zählen ihren Fall zum Infantilismus hypophysotesticularis, sei es durch Störungen in der Entwicklung, sei es durch Rückfall in einen früheren Zustand, da eine wesentliche Besserung durch Darreichung von Hypophysen- und Hodensubstanz eintrat. Die Hypophysenbehandlung allein wirkte schon auf das Wachstum der Körper- und Barthaare günstig ein.

Dr. Mayer-Simmern.

Notiz über den Zustand des Myokards bei der Inanition. Von Jean Heitz. Travail du laboratoire d'histologie du Collège de France. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII, 1912, Nr. 19.

12 Kaninchen wurden dem Hungertode unterworfen — sie hatten nur hie und da Wasser erhalten. Das Körpergewicht war beim Tode um 36 % gesunken; das Gewicht des Herzens um 23,5 %. Aehnlich waren die Zahlen bei 4 Meerschweinchen, nämlich 34 % und 20,3 %. Das Fettgewebe schwindet fast ganz. Die Muskelfaser des Herzens und ihr Kern nehmen wesentlich ab. So fand sich beim Kaninchen für die Myokardfaser auf Querschnitten ein Durchmesser von 13,1 μ; auf Längsschnitten von 10,5 μ; in der Inanition von 11,1 μ bezw. 7,8 μ. Dr. Mayer-Simmern.

Perforation des Mastdarms bei der Rektoskopie. Von Professor A. Schmitt in München. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 21.

Bei einem 64jährigen Mann wurde wegen Verdachts auf ein ernsteres Darmleiden vom Verfasser die Rektoskopie ausgeführt, wobei sich ca. 15 cm oberhalb der Afteröffnung eine blutende Stelle der Schleimhaut, die leicht eitrig belegt war, bemerkbar machte. Bei einer 3 Tage später nach gründlicher

Reinigung des Darms in Narkose und Rückenlage mit hochgeschlagenen Beinen vorgenommenen Rektoskopie wurde plötzlich im Rektoskop ein Appendix epiploicus sichtbar; es war daher kein Zweifel, daß durch die Senkung des Handgriffes bezw. durch die Hebung des im Mastdarm liegenden vorderen Endes des Rektoskopes eine Perforation der Mastdarmwand eingetreten war. Es wurde sofort in Beckenhochlagerung die Laparotomie ausgeführt und der Schlitz im Bauchfell mit exakten Nähten vollständig geschlossen. Auch der im Anschluß an die Perforation des Mastdarms entstandene fast 10 cm lange Riß im Mesenterium des Colon desc. wurde vernäht. Patient starb am 7. Tage nach der Operation. Die Sektion ergab, daß die Perforation nicht, wie Verfasser angenommen hatte, in dem Geschwüre selbst, sondern dicht (ca. 6 mm) unterhalb des Geschwürs eingetreten war. Es fanden sich also im Mastdarm zwei Substanzverluste, der eine von der Perforation, der zweite vom Geschwüre herrührend; im kleinen Becken umschriebene Peritonitis und verlötete Darmschlingen, kein Karzinom.

Der Fall zeigt zunächst, daß die Rektoskopie ernste Gefahren mit sich bringen kann, und daß dabei mit besonderer Vorsicht vorzugehen ist; er zeigt ferner, daß die Perforation bei der Untersuchung mit dem Rektoskop durchaus nicht immer an der Stelle der Erkrankung, sondern in deren nächster Nachbarschaft eintritt. Der ausgedehnte Riß im Colon descendens könnte auf eine brüske Gewaltanwendung schließen lassen; allein gerade beim Mesenterium des Darmes liegen eigentümliche, durchaus noch nicht geklärte Verhältnisse vor. Seine Brüchigkeit und Zerreißbarkeit, besonders bei dem etwas starr gewordenen Fett älterer Personen ist bekannt. Aber auch bei jugendlichen Personen finden sich zuweilen ganz gewaltige Verletzungen des Mesenteriums bei Bauchkontusionen, z. B. bei Einwirkung von stumpfer Gewalt an umschriebener Stelle des Bauches. Verfasser sah eine Reihe von Fällen, bei denen das Mesenterium weit entfernt von der Stelle der Gewalteinwirkung in ausgedehntestem Maße zerrissen und zerfetzt war, in denen der Darm auf der der Gewalteinwirkung entgegengesetzten Seite, z. B. auf Meterlänge, von dem zerrissenen Mesenterium abgerissen war, ohne daß diese Stelle selbst von dem Stoße betroffen sein konnte. Die juristische Frage, ob der Chirurg das Recht hat, nach Eintritt einer derartigen Perforation bei der Untersuchung, den narkotisierten Patienten, ohne ihn selbst zu fragen, zu operieren, fand im vorliegenden Falle dadurch ihre Lösung, daß die Einwilligung der Angehörigen erholt werden konnte. Bekanntlich liegen Rechtsentschädigungen vor, welche die Frage der Zulässigkeit eines operativen Eingriffs, auch in Notfällen, ohne Einwilligung des Patienten verneinen.

Dr. Waibel-Kempten.

Stenose beider Ureteren durch einen in der Scheide befindlichen Fremdkörper. Von Dr. Fr. Bode, Oberarzt des allgem. Krankenhauses Homburg v. d. Höhe (chirurg. Abteilung). Münchener med Wochenschr.; 1912, Nr. 21.

Eine 50 jährige unverheiratete Person erwies sich seit vielen Jahren geistig nicht normal, d. h. zum mindesten psychisch minderwertig; sie war von jeher notorisch extravagant und hat ständig mit Männern Umgang gesucht. 1896 und 1898 wurde sie wegen einer durch Masturbation mit verschiedenen Gegenständen (Drähten, Nägel, Feuerzange) erlittenen Harnröhrenzerreißung und Blasenscheidefistel mehrmals operiert.

Im November 1911 wurde sie in einem völlig desolatem Zustande ins Krankenhaus aufgenommen und starb einige Tage später. Die Sektion ergab einen, unzweifelhaft durch Masturbation in die Scheide gebrachten, abgebrochenen Teil eines 8 cm im Durchmesser haltenden Schirmgriffes, welcher mit seinem oberen pilzdachähnlichen Teile dem Uterus sehr eng anlag, während sein Stiel sich in der Scheide befand. Das ziemlich scharfe Ende des Stieles hatte zu einer Perforation der vorderen Scheiden- und hinteren Blasenwand geführt, während durch den Druck des breiteren oberen Fremdkörperteiles eine Stenose der beiden Uretren unmittelbar vor ihrer Einmündungsstelle in die Blase zustande gekommen war.

Die ausgedehnten Gewebsveränderungen in der Nachbarschaft des Fremdkörpers sprechen dafür, daß die Einführung des Gegenstandes schon geraume Zeit zurückliegen muß und wahrscheinlich schon im Jahre 1898 erfolgt ist, da seit dieser Zeit die Klagen der Patienten über Schmerzen und Schwierigkeiten beim Urinlassen datieren.

Dr. Waibel-Kempten.

Ueber künstliche Befruchtung. Von Prof. A. Doederlein-München. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 20.

Verfasser verbreitet sich zunächst über die Häufigkeit der sterilen Ehen, die sich nach Rohleder auf etwa 10 Prozent berechnet, unter gewissen Verhältnissen jedoch sich auf das Doppelte erhöht.

Bezüglich der Ursachen der Sterilität liegt die Schuld viel häufiger beim Mann als bei der Frau.

Bei dem Mann ist nicht nur die Facultas coeundi durch verschiedene Rückenmarkserkrankungen und Bildungsfehler der Genitalien beeinträchtigt, sondern es kann die Ursache auch in der Qualität des Spermas der Oligospermie, Azoospermie, Nekrospermie liegen.

Bei der Frau kommen, abgesehen von den verschiedenen gynäkologischen Erkrankungen entzündlicher und neoplasmatischer Art, Infantilismus und Lagerveränderungen der Genitalien, darunter besonders die Retroflexio uteri mobilis, als häufigste Ursache der Sterilität in Betracht.

Weiter verbreitet sich Verfasser in längeren Ausführungen über die Versuche und Ergebnisse der künstlichen Befruchtung bei Tieren. Dabei geht er näher ein auf die interessanten Untersuchungen Iwanoffs, deren Hauptergebnisse in folgenden Thesen gipfeln:

Der Geschlechtsakt selbst und die damit einhergehende geschlechtliche Erregung ist kein erforderliches Desiderat für die Befruchtung.

Auch Verdünnung des Spermas mit physiologischer Kochsalzlösung oder auch Blutserum vermochten dessen Befruchtungsfähigkeit nicht zu beeinträchtigen. Die Schwangerschaftsdauer sowohl, wie die Entwicklung der Frucht war bei diesen künstlich erzeugten nicht anders als bei der natürlichen Zeugung. Die Trächtigkeitsdauer beim Pferde betrug wie sonst 11 Monate.

Schon die Injektion des Spermas in die Scheide erzeugt Befruchtung; doch hat sich als sicherer die direkte Injektion in die Cervix der Uterushöhle erwiesen.

Die günstigste Befruchtungszeit war bei den Stuten in den ersten beiden Tagen der Brunst.

War das Sperma warm gehalten worden, so konnte noch nach 2 Stunden nach der Ejakulation damit Befruchtung erzielt werden.

Bei 100 an Stuten ausgeführten Versuchen hat sich keinerlei Nachteil durch diese künstliche Befruchtungstechnik gezeigt.

Besonders bemerkenswert und auch für die menschliche Pathologie von außerordentlicher Tragweite ist der Befund Iwanoffs, daß auch die dem Testikel selbst durch Punktion entnommene Samenflüssigkeit befruchtungsfähig ist und daß die im Testikel vorhandenen Spermatozoen sich sehr viel länger lebensfähig erhalten, als in der Samenflüssigkeit selbst.

Verfasser führt hierauf noch einige weitere Vorteile an, die sich aus der Nutzbarmachung der Iwanoffschen Forschungsresultate ergeben und berichtet dann über einen selbst erlebten, positiven Fall von künstlicher Befruchtung bei einer 24 jährigen, seit 6 Jahren steril verheirateten Frau unter Mitteilung des dabei angewandten Verfahrens und unter Hinweis auf einzelne nötige Vorsichtsmaßregeln bei demselben. Er schließt mit dem Wunsche, daß die bisher so stiefmütterlich behandelte künstliche Befruchtung auch beim Menschen künftighin mehr Beachtung finden möge in der Sterilitätsbehandlung.

Dr. Waibel-Kempten.

Die Dauer der Menstruation, die Menorrhagien und die Störungen der Blutgerinnung. Von P. Emile Weil. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII, 1912, Nr. 15.

Auf Grund von Untersuchungen an einer großen Reihe von Kranken betont der Autor die Bedeutung des Blutdyskrasie für die Dauer der Menstruation und die Uterusblutungen.

1. Bei Krankheiten mit Störungen in der Blutgerinnung, so bei den Leberleiden, treten bei der Frau am häufigsten von Blutungen der Meno- und die Metrorhagien auf, dann Epistaxis.

2. In Bluterfamilien beschränken sich bei der Frau die Zeichen der Bluterkrankheit auf die Genitalsphaere als physiologische Uterinblutungen in der Pubertät, bei der Entbindung, in der Menopause.

3. Bei Frauen mit übermäßiger Menstruation sah der Autor auch andere Blutungen, so Epistaxis und Hautekchymosen. Ferner bestehen bei jeder Frau mit abnorm langdauernder Menstruation Störungen der Blutgerinnung, auch wenn nie Neigung zu Blutungen bestanden hatte. Bei Blutentziehungen dauert es bis zur Gerinnung etwas länger. Macht man am Ohrläppchen einen millimetergroßen Einschnitt, so erhält man gewöhnlich 2 bis 3 Minuten lang einige Bluttropfen; bei Frauen mit exzessiver Menstruation dauert diese Blutung dagegen 10—30 Minuten, ja bis 1½ Stunden. Dr. Mayer-Simmern.

Ueber den Chlorgehalt des Blutes und des Serums des ausgetragenen oder nahezu ausgetragenen Kindes. Von Sauvage und Clogne. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII, 1912, Nr. 17.

In der Maternité de la Pitié in Paris wurde sofort nach der Geburt das Blut gesunder Neugeborener aus dem foetalen Ende der durchschnittenen Nabelschnur in einer graduierten Röhre aufgesammelt. Es fand sich im Serum ein Chloridgehalt, der zwischen 5,11 und 5,77 g schwankte, im Blut ein solcher von 4,03 bis 4,45 g.

Gerichtlich-medizinisch von Bedeutung ist, daß die entzogenen Blutmengen 10 bis 20 ccm betrugen, die Menge von 20 ccm nicht überstiegen, daß aber die Autoren nie beobachtet haben, daß den Kindern ein Schaden durch diese Entziehung erwachsen wäre. Alle haben die Klinik lebend verlassen; bis auf 3, die von ihren Müttern schon zwischen dem 1. und 4. Tage mitgenommen wurden, waren alle bei ihrer Entlassung bei gutem Befinden.

Dr. Mayer-Simmern.

Ueber die Bedeutung der Tentoriumrisse für das neugeborene Kind. Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Kiel. Von Privatdozent Dr. A. Bauereisen. Münchener med. Wochenschrift; 19 2, Nr. 19.

Verfasser konnte unter 667 Geburten mit 47 Todesfällen von Neugeborenen 11 mal mehr oder weniger erhebliche Tentoriumrisse mit intrakraniellen Blutungen feststellen. In 5 Fällen waren Tentoriumrisse stärksten Grades vorhanden, die 4 mal intratentoriale Blutungen und 1 mal eine mäßige supratentoriale Blutung zur Folge hatten und in allen Fällen für die schwer asphyktischen Kinder den Tod bewirkten. In 3 Fällen handelte es sich um eine Verbindung der Tentoriumrisse mit schweren Verletzungen im Gebiete der Falx cerebri, des Sinus sagittalis, und der Sinus cavernosi mit supra-infratentorialen Blutungen. In 2 Fällen waren Verletzungen im Gebiete des Sinus sagittalis vereinigt mit flächenhaften Läsionen an der oberen Tentoriumplatte. In einem Falle wurden größere Verletzungen im Gebiete des Sinus sagittalis und des Sinus rectus konstatiert, ohne daß sich im Tentorium eine Schädigung nachweisen ließ. Ueber der Konvexität des Gehirns hatte sich eine starke Blutung entwickelt, die einseitig das Gehirn zusammendrückte. Zu gleicher Zeit war auch eine geringe infratentoriale Blutung vorhanden. Alle 11 Kinder waren asphyktisch geboren. 9 davon befanden sich im tiefen Scheintod und konnten trotz Wiederbelebungsversuchen nicht mehr zum Atmen gebracht werden; 2 Kinder wurden wiederbelebt, gingen aber nach 2 Tagen zugrunde.

Ueber die Häufigkeit der Tentoriumrisse ist es noch nicht möglich, mit Sicherheit ein Urteil abzugeben. Die Zahlen der einzelnen Autoren und Anstalten schwanken von 14 Proz. bis 40 Proz. Verfasser selbst hat unter 47 toten Neugeborenen 11 mal intrakranielle Verletzungen, also 43,4 Prozent beobachtet. Jedenfalls geht aus den vorliegenden Beobachtungen hervor, daß die Tentoriumrisse in nicht kleinem Prozentsatze zu verhängnisvollen intrameningealen Blutungen führen.

Es ist unzweifelhaft, daß die operativ beendigte Geburt weitaus am meisten bei den Duraverletzungen beteiligt ist.

Welche Art der geburtshilflichen Operationen einen besonders prädisponierenden Einfluß auf intrakranielle Verletzungen haben, ist zurzeit nicht entschieden. Seitz beschuldigt vor allen Dingen die Zange. Verfasser hat den Eindruck, als wenn die Extraktion am Beckenende, vor allem der Veit-Schmelliesche Handgriff leichter zu intrakraniellen Verletzungen führte als Zangenextraktion.

Jedenfalls spielen hier noch andere Faktoren eine wichtige Rolle dabei: So sind unreife Kinder viel stärker der Gefahr der Verletzungen ausgesetzt. Auch die durch den vaginalen Kaiserschnitt entwickelten Kinder erscheinen besonders bedroht. Ferner wird die Technik der geburtshilflichen Operationen einen nicht unwichtigen Faktor bilden. Daneben kommt auch eine strenge Indikationsstellung in Betracht. Auch die Beckenbeschaffenheit wird in einzelnen Fällen von Bedeutung sein. Endlich ist aber sehr zu berücksichtigen, daß auch nach Spontangeburten tödliche intrakranielle Verletzungen vorkommen, wenn diese auch selten sind. Verfasser bespricht dann noch die richtige Methode der Wiederbelebung und empfiehlt unter Hinweis auf die Nachteile der Schulzeschen Schwingungen in einzelnen hierzu ungeeigneten Fällen. Das Ahlfeldsche Verfahren, das darin besteht, daß „alle scheintod geborenen Kinder, die überhaupt imstande sind weiter zu leben, außer der Freimachung der Luftwege nur des Aufenthaltes in warmem Wasser bedürfen, um nach und nach zum ausgiebigen Atmen zu kommen. Hautreize kürzen den Zeitraum der unvollkommenen Atmung zeitlich ab".

Wenn die besprochenen Duraverletzungen auch in forensischer Beziehung nicht ohne Bedeutung sind, so erscheinen sie dem Verfasser noch fast wichtiger als Ursache später auftretender chronischer Erkrankungen zerebralen Ursprungs im Säuglings- und späteren Kindesalter. Sehr beachtenswert scheint auch der Hinweis, daß unter Umständen nach der Geburt durch ein gröberes Manipulieren am kindlichen Schädel fatale Folgen veranlaßt werden können.

Dr. Waibel-Kempten.

Die Lipoide des Blutes bei der experimentellen Anaemie. Von H. Iscovesco-Paris. Aus dem physiol. Laboratorium der Sorbonne, Paris. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII, 1912, Nr. 24.

Zwischen der Anaemie nach Blutverlusten und der Anaemie durch Vergiftungen, also der haemolytischen Anaemie besteht nach den Versuchen des Verfassers in bezug auf die Menge der in den Blutkörperchen enthaltenen Lipoide ein wesentlicher Unterschied. Jene hat bei Kaninchen keine Vermehrung der Lipoide gegenüber der Norm zur Folge, diese dagegen eine beträchtliche Vermehrung; die Lipoide der Blutkörperchen können auf das Doppelte der Norm steigen. Die Vergiftung war durch Phenylhydrazinchlorid-Injektionen erzeugt worden. Dr. Mayer-Simmern.

Fieberphantasien eines Pneumonikers als Anlaß irriger Angaben über stattgehabte Mißhandlungen. Fakultätsgutachten. Referent: Alexander Kolisko. Wiener klinische Wochenschrift; 1912, Nr. 1.

Auf Anzeige eines Bauern stellte ein Gendarm fest, daß ein Mann von 25 Jahren, der angab, mißhandelt zu sein, auf zwei Bauernhöfen reichlich (ca. $1^1/_2$ Liter) Blut ausgehustet hatte und blaue Flecken in der Rippengegend zeigte. Der Mann starb am gleichen Tage unter zunehmender Schwäche . . .

Das Gutachten der Obduzenten lautete: „Aus dem vorstehenden Befunde geht unzweifelhaft hervor, daß der Obduzierte in den letzten Tagen (5—8) an einer beiderseitigen Lungen- und Brustfellentzündung litt, die fast die ganze Lungensubstanz ergriff und den Tod herbeiführte. Die vor dem Tode erfolgte Blutung aus Mund und Nase rührt von der in der rechten Lunge beschriebenen Oeffnung her und ist nur als akzidentelles Ereignis, keineswegs aber als Todesursache selbst aufzufassen. Mit Rücksicht auf den absoluten Mangel jeglicher Merkmale, die auf eine vorausgegangene stattgehabte äußere Gewalttätigkeit schließen lassen könnten, ist die Frage, ob die obigen Krankheitserscheinungen durch Mißhandlung entstanden sein mögen, dahin zu beantworten, daß Entzündungen beider Lungen und des sie bedeckenden Ueberzuges ohne gleichzeitige Rippenverletzung absolut nicht vorkommt und daß demnach der Krankheitsprozeß des Obduzierten ein vollkommen idiopathischer, mit keiner Verletzung in Zusammenhang stehender ist. Ob nicht im Laufe dieses Krankheitsprozesses Tätlichkeiten, jedenfalls minderen Grades, die keine Spuren hinterlassen, stattgefunden haben, sind die Unterzeichneten zu entscheiden außerstande." . .

Die nun gefragten Gerichtsärzte beantworteten die Fragen wie folgt:

ad a) B. ist in der Nacht vom 8./9. an Lungenentzündung und Verblutung gestorben. Die Verblutung erfolgte durch den Riß in der rechten Lunge.

ad b) Es ist mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß B. am 7. tatsächlich mißhandelt wurde und daß die, sonst etwa nur leichte Verletzungen herbeizuführen geeigneten Schläge mit einem Peitschenstiel oder mit Fäusten in diesem Falle angesichts der durch die Krankheit bedingten eigentümlichen Körperbeschaffenheit des Mißhandelten einen Einriß in die rechte Lunge mit nachfolgenden heftigen Blutungen und Beschleunigung des tödlichen Ausganges verursacht haben.

ad c) Aus der Art der Mißhandlung kann aber keineswegs mit Sicherheit auf die Absicht der Beschuldigten, eine schwere körperliche Beschädigung des B. herbeizuführen, geschlossen werden. Es ist vielmehr anzunehmen, daß diese Mißhandlungen, an einem gesunden Individuum verübt, bloß von einer wenige (5—10) Tage währenden Gesundheitsstörung begleitet gewesen sein würden.

In dem nun eingeforderten Gutachten der Fakultät heißt es u. a.:

„Die Sachverständigen nahmen alle an, daß ein Riß in der rechten Lunge die Ursache der Blutstürze gewesen sei, und doch ist diese Annahme eine unhaltbare, wenn man den im Obduktionsprotokolle notierten Befund über die Lungen und über die Rippenfellräume näher analysiert und berücksichtigt, daß keinerlei Spuren einer Gewalteinwirkung auf den Körper des B. bei der Obduktion zu finden waren.

Der Riß wird als eine beiläufig bohnengroße, mit franzigen Rändern versehene Oeffnung der Pleura an der Innenfläche des Mittellappens der rechten Lunge und zwar gegen die Wurzel zu angegeben. Aus dem Risse sickerte etwas Blut heraus. Wohin diese Oeffnung führte, ob tief ins Lungengewebe oder nicht, ist nicht angegeben; nur als „Oeffnung der Pleura“ wird der Riß beschrieben. Wäre derselbe die Ursache des Blutsturzes gewesen, also die Quelle einer Blutung, bei der ganze Klumpen geronnenen Blutes ausgehustet wurden, so müßte der Riß tief in das Lungengewebe eingedrungen sein und ein großes Gefäß, sowie zugleich einen Luftröhrenast, aus dem das Blut nach außen hätte gelangen können, verletzt haben. Dann hätte aber auch nach dem Brustfellraum zu durch die „Oeffnung der Pleura“ Blut ausfließen müssen. In diesem rechtsseitigen Brustfellraum befanden sich aber keine Blutgerinnsel, sondern nur beiläufig 100 g einer blutigserösen Flüssigkeit, gerade so wie im linken Brustfellraume beiläufig 50 g der gleichen Flüssigkeit, nämlich offenbar die entzündlichen Exsudate der Rippenfellentzündung, vorhanden waren. Ebensowenig ist etwas von Blutgerinnseln oder Blutunterlaufungen in der unmittelbaren Umgebung jener „Oeffnung der Pleura“ gefunden worden. Auch hätte aus dem Risse die Atmungsluft in den rechten Brustfellraum austreten müssen, also ein sogenannter Pneumothorax wäre entstanden, da ja der den Riß tragende Mittellappen der rechten Lunge, wie ausdrücklich im Obduktionsprotokoll angegeben ist, trotz der entzündlichen Infiltration seines Gewebes Luft enthielt; Pneumothorax wurde aber nicht beobachtet und hätte den Obduzenten nicht entgehen können.

Diese Verhältnisse zwingen zu der Annahme, daß jener Lungenriß erst an der Leiche, und zwar durch die Hände der Obduzenten entstanden ist. . . . War der Riß in der rechten Lunge aber ein postmortal entstandener, dann liegt kein Grund vor, die Lungenblutung auf eine gewaltsame Ursache zurückzuführen. . . . Mit der Annahme einer derartig spontan und nicht infolge von Gewalteinwirkung entstandenen Lungenblutung, deren Quelle bei der Obduktion übersehen wurde, stimmt auch noch überein, daß B. nicht gleich nach den ihm am 7. September angeblich zugefügten Mißhandlungen, sondern erst am Tage darauf die Lungenblutungen bekommen hatte, was bei einer gewaltsamen Entstehung etwas sehr Ungewöhnliches wäre. Jeder Zweifel an der Richtigkeit dieser Auffassung der Entstehung des Lungenrisses und der Spontanität der Lungenblutung sollte aber eigentlich schwinden, wenn man liest, daß „am ganzen Körper keine Spur einer stattgehabten äußeren Gewalteinwirkung wahrzunehmen war“, . . . daß der Obduzent, aufmerksam gemacht durch den Gendarmen, es seien blaue Flecke am Körper des B. zu sehen gewesen, „um so genauer die Besichtigung vorgenommen“ habe und dabei „gar keine Veränderung der Hautfarbe oder sonstige Zeichen vorgefunden habe, welche auf eine stattgehabte Mißhandlung des B. hingedeutet hätten“ . . . . . In unlöslichem Widerspruche mit der ausgesprochenen Auffassung der Genese der tödlichen Lungenblutung scheint jedoch die Aussage des Verstorbenen zu stehen. . . . .

Aber es waren diese Angaben aus dem Munde eines eben entfieberten, an schwerer Lungenentzündung erkrankt gewesenen Menschen gekommen, und die Angaben eines solchen Individuums können erfahrungsgemäß auf einem Irrtum beruhen. Wie der gesunde Mensch mitunter Erträumtes für Erlebtes hält, halten solche Pneumoniker auch oft, und zwar mit besonderer Zähigkeit an der Tatsächlichkeit ihrer Fieberphantasien fest und sind nur schwer und langsam von der Unrichtigkeit ihrer Vorstellungen zu überzeugen. Ja, erfahrungsgemäß ist durch die heftigen Schmerzen, die der Pneumoniker infolge der die Lungenentzündung begleitenden Entzündung des Rippenfelles während seines Fieberzustandes verspürt, auch die Richtung der Phantasien oft beeinflußt, so daß irrige Angaben über Mißhandlungen, welche ihren Körper trafen, keine Seltenheit sind, um so mehr, als die noch fortbestehenden Rippenfellschmerzen auch nach der Entfieberung sie in ihrem Glauben, mißhandelt worden zu sein, nur bestärken. Hierin liegt offenbar die Erklärung des Widerspruches zwischen der Erzählung des B. über brutale Mißhandlung, die tags vor dem Tode stattgefunden haben sollte, und dem diesbezüglich negativen Obduktionsbefunde" . .

Dr. Wilcke-Genthin.

Das ärztliche Berufsgeheimnis. Kritische Bemerkungen zur Reform des ärztlichen Berufsgeheimnisses unter spezieller Berücksichtigung der zürichischen Medizinalgesetzgebung. In.-Dissert. von Friedrich Humbert-Genf. Aus dem gerichtlich-medizinischen Institut der Universität Zürich. (Direktor: Prof. Dr. Zangger). Zürich 1912. 62 S.

Die kritische Durchsicht der deutschen, französischen und schweizerischen Gesetzgebung führten den Autor zu folgenden Schlüssen:

1. Tatsachen, die den Patienten, dessen Ehre, Gesundheit, innere Verhältnisse berühren und die infolge der besonderen ärztlichen Tätigkeit in Erfahrung gebracht werden, fallen gerichtlich und außergerichtlich unter absolute Schweigepflicht.

2. Dieselben Tatsachen, die mit höheren fremden Interessen, wie Leben, Gesundheit oder Rechtsgut anderer Natur kollidieren, kommen außergerichtlich in die Rubrik Aussagefreiheit; gerichtlich in die Rubrik: absolute Aussagepflicht.

Auf den Vorschlag Zanggers erhielt im Kanton Zürich der Geheimnisparagraph 1910 folgende Fassung: „Die Medizinalpersonen, mit Ausnahme der Tierärzte . . . haben über Geheimnisse, die ihnen in ihrer beruflichen Eigenschaft anvertraut werden oder zu ihrer Kenntnis gelangen, Schweigen zu bewahren, sofern sie nicht von dieser Pflicht entbunden sind a) durch die anvertrauende Person, b) durch Gesetze und Verordnungen, c) falls durch die Offenbarung der Geheimnisse schwere Gefährdung Dritter abgewehrt werden kann. Unbefugte Preisgabe der Geheimnisse ist strafbar."

Um zu verhüten, daß sich ein Unfallverletzter durch mehrmalige Entschädigung oder fortgesetzten Betrug den Arzt zum Mitwisser schafft, verlangt der Autor, daß die Mitteilung dann straffrei sei, wenn sie zur Abhaltung von einer gesetzwidrigen Handlung bestimmt ist. Er nennt als Rechtsgüter, die durch das Berufsgeheimnis in Schutz zu nehmen sind: 1. das Recht und Interesse des Einzelnen, ohne jeden moralischen oder materiellen Schaden ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen; 2. das Interesse des Staates an dieser Inanspruchnahme; 3. das Recht der Gesellschaft, zu verhüten, daß unter dem passiven Schutz des Berufsgeheimnisses, d. h. durch eine gesetzlich auferlegte, aber ungewollte, oder ungern bewahrte Schweigepflicht verbrecherische, gesundheitsgefährliche oder sonstige antisoziale Handlungen begangen werden. Auch hier führt er als Beispiel u. a. an: Mitteilungen über Unfallversicherte, wenn der Versuch eines Betruges vorliegt. Dr. Mayer-Simmern.

B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

a. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten im allgemeinen.

Ueber Immunität und Anaphylaxie. Von Prof. J. Traube in Charlottenburg. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 19.

Verfasser sucht in längeren Ausführungen darzutun, daß es sich bei den anaphylaktischen Vorgängen mehr um physikalische als um chemische Vorgänge handelt. Dr. Waibel-Kempten.

Ueber die Rolle der Ueberempfindlichkeit bei der Infektion und Immunität. Aus der med. Klinik und dem hygienisch-bakteriologischen Institut der Universität Erlangen. Von Prof. Dr. A. Schittenhelm und Prof. Dr. W. Weichardt. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 20.

Es ist den Verfassern durch ihre Studien und Versuche gelungen, an chemisch gut charakterisierbaren Substanzen zu zeigen, daß der Körper in seinen Eiweißen giftig wirkende Komplexe besitzt, die in der Zelle infolge ihrer Verkettung ungiftig sind; sobald sich aber die Bindung löst, entfalten sie ihre schädigende Wirkung. Derselbe Vorgang spielt sich ab, wenn Proteine unter Umgehung des Darmkanals dem Körper einverleibt werden.

Anderseits besitzt der Körper Mittel und Wege, unschädliche Substanzen dieser Art zu entgiften, erstens wie die Verfasser gezeigt haben durch Paarung oder aber unter Umständen durch Abbau. Dabei ist zu bemerken, daß der Abbau wieder zu giftigen Produkten führen kann, die sich eventuell erst durch Verwendungen der freien Aminosäuren bilden.

Dr. Waibel-Kempten.

Die klinische Bedeutung der Lehre von der Proteinüberempfindlichkeit. Von E. v. Behring. Münchener med. Wochenschrift; 1912; Nr. 21.

Verfasser führt zunächst verschiedene Tatsachen aus der Lehre von der Ueberempfindlichkeit vor und bespricht daran anschließend die klinische Bedeutung dieser Lehre.

Wir stehen erst im Beginn der Nutzbarmachung unserer Studien anaphylaktischer Prozesse für die präventive und kurative Therapie. Wir dürfen aber nicht daran zweifeln, daß, ebenso wie den Fortschritten auf dem Gebiete der mikroparasitären Krankheitsätiologie die therapeutischen Erfolge auf dem Fuße gefolgt sind, so auch die mit der Anaphylaxieforschung fortschreitende biochemische Krankheitsanalyse sich therapeutisch fruchtbringend erweisen wird. So ist es jetzt schon im Marburger Institut des Verfassers gelungen, auf Grund von Untersuchungen über die im Diphtherieheilserum und Tetanusheilserum anaphylaktisch und antitoxisch wirksamen Proteinbestandteile gereinigte Heilsera zu gewinnen, bei deren Anwendung die Serumkrankheit auch bei wiederholter Injektion nicht mehr zu fürchten ist. Die Diphtherieprophylaxis wird durch diese Entdeckung voraussichtlich wesentlich gefördert werden. Näheres über die interessanten Ausführungen im Original. Dr. Waibel-Kempten.

Ueber die Reaktion des Blutserums bei normalen und pathologischen Zuständen. Aus der mediz. Klinik zu Leipzig. Von Dr. Rolly. Münchener mediz. Wochenschrift; 1912, Nr. 22 u. 23.

Verfasser teilt in einer wissenschaftlich hochinteressanten und ausführlichen Arbeit die Ergebnisse seiner Untersuchungen über die Reaktion des Blutserums mit und fand nach seiner am Schlusse mitgeteilten Zusammenfassung folgendes:

Er fand das Blutserum mittelst der Glaskettenmethode, die sich nur allein in einwandfreier Weise zur Bestimmung eignet, bei Gesunden in nüchterem Zustande leicht alkalisch. Nach Einnahme von rohem Fleisch wird die Alkaleszenz bei einzelnen Menschen etwas geringer, bei anderen bleibt sie gleich. Bei schweren Diabetikern ist sie während ausschließlicher Gemüsekost etwas höher als an Tagen mit reichlicher Fleischkost. Im Stadium der Inanition nimmt die Alkaleszenz des Blutes nur in geringem Maße ab. Da nach doppelseitiger Extirpation, bei Erkrankungen des Darmes und der Lunge der Alkaleszenzgrad sich nur wenig ändert, so scheinen die Hauptregulierungsvorrichtungen der Blutalkaleszenz in der Beschaffenheit des Blutes selbst gelegen zu sein.

Das Blutserum wurde bei allen Gesunden und Kranken leicht alkalisch gefunden, nur bei Coma diabeticum-Kranken war die Reaktion als sauer anzusprechen, so daß die Theorie, die die Ursache des diabetischen Komas in

einer Säurevergiftung sieht, nichts im Wege steht, obwohl wahrscheinlich außerdem noch giftige Salzwirkungen hier im Spiele sind.

Bei sehr vielen, aber nicht allen Diabetikern der schweren Form findet man eine abnorme niedrige Alkaleszenz des Blutserums. Bei mittelschweren und leichten Diabetikern liegen die Alkaleszenzwerte des Blutserums meist im Bereich des Normalen.

Die Ursache des Symtomenkomplexes der Urämie in einer Säurevergiftung zu sehen, kann Verfasser nicht als zutreffend bezeichnen. Bei einem Teil der Urämiekranken war die Reaktion des Blutserums annähernd normal und nur bei solchen war sie abnorm erniedrigt, die in den nächsten Tagen an derselben starben. Bei Nephritis ohne urämische Erscheinungen ist die Reaktion des Blutes normal.

Bei einem Teil der Fieberkranken erscheint die Reaktion des Blutserums etwas erniedrigt, bei dem anderen nicht; ebenso verhalten sich die Arteriosklerotiker. Bei Puerperaleklampsie findet sich auch ein niedriger Alkaleszenzwert, der aber bei dieser Erkrankung nicht abnorm niedrig sein muß.

Auffallend hoch sind manchmal die Alkaleszenzwerte des Blutserums bei der tuberkulösen Meningitis. Bei Patienten mit akuter gelber Leberatrophie und bei den meisten Patienten mit Leberzirrhose treten abnorm hohe Alkaleszenzwerte des Blutserums in Erscheinung.

Bei Hunden, bei denen die Leber ganz ausgeschaltet wurde, sinkt die Blutalkaleszenz auf niedrige und sogar abnorm niedrige Werte herab.

Die von einzelnen Autoren bei pankreasdiabetischen Hunden nach Leberausschaltung resp. Strychninvergiftung erhaltenen hohen respiratorischen Quotienten lassen sich nach Verfassers Meinung ganz einfach durch die nach diesen Eingriffen im intermediären Stoffwechsel auftretenden Säuren erklären. Die Ansicht der betreffenden Autoren, daß hierdurch eine ungestörte Zuckeroxydation im Pankreasdiabetes und Diabetes des Menschen bewiesen sei, ist deshalb und auch aus anderen Gründen nicht richtig. Dr. Waibel-Kempten.

Zur Frage des Einflusses des Kochsalzes auf die Lebenstätigkeit der Mikroorganismen. Von K. v. Karaffa-Korbutt. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 71, H. 1.

Auf Grund der Arbeit beantwortet der Verfasser die behandelte Frage dahin, daß Kochsalz die Tätigkeit, Bakterienwachstum zu hemmen, in schwachem Grade besitzt. Das Wachstum der pathogenen Bakterien wird durch geringere Kochsalzkonzentrationen mehr gehemmt als das Wachstum von Saprophyten. Für die Kolibazillengruppe liegt die Grenze der das Wachstum hemmenden Kochsalzkonzentration bei 8 bis 9 Prozent, für die Gruppe der septischen Bakterien etwa bei 10 bis 12 Prozent. Sporenhaltige Bakterienformen gehen selbst bei sehr langer Einwirkung nicht zugrunde.

Dr. R. Möhrmann-Stade.

Ueber die Differenzierung bakterieller Gifte. Aus dem hygienischen Institut und der Kinderklinik der K. Universität Breslau von Dr. Georg Bessau, Assistenten der Kinderklinik. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 15.

Verfasser kommt in längeren Ausführungen auf Grund seiner Beobachtungen und Versuche zu folgenden Schlußsätzen:

Auf Grund der Reaktion des Organismus können wir drei bakterielle Gifte unterscheiden: Toxin, Endotoxin, Anaphylaxietoxin.

Das Toxin löst im Organismus die antitoxische Immunität, das Endotoxin die endotoxinabbauende Immunität, das Anaphylaxietoxin den Zustand der Antianaphylaxie aus. Es wird an einigen Beispielen gezeigt, wie man an der Hand dieser Reaktionen bakterielle Gifte erkennen und differenzieren kann.

Dr. Waibel-Kempten.

Die Agglutination auf dem Objektträger. Klinische Sero-Diagnostik. Haemo-Agglutination. Von S. Costa. Aus dem Laboratorium für Bakteriologie des XV. französischen Armeekorps, Marseille. Réunion biologique de Marseille. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII, 1912, Nr. 10.

Die Agglutinationsprobe auf dem Objektträger durch spezifische Sera wird heute nach Salimbeni allgemein angewandt, um den Choleravibrio im Wasser oder in Fäzes zu diagnostizieren. Man bringt bekanntlich auf die Ecke eines Objektträgers eine Emulsion von Kultur in einigen Tropfen physiol. NaCl-Lösung und fügt mit einer Platinöse eine sehr geringe Menge agglutinierenden Serum hinzu. — Die Aerzte schicken gewöhnlich in die Untersuchungsanstalten nur geringe Blutmengen ein und verlangen trotzdem bei diesem Blute die Seroreaktion für Typhus, Paratyphus und Maltafieber. Auch geringe Blutproben gestatten, die Agglutination nach jenem Verfahren zu erproben; bei bloßem Auge läßt sie sich feststellen, und zwar um so deutlicher, je weniger rote Blutkörperchen das Serum enthält. Auch bei kleinen, dem Laboratorium eingesandten Blutmengen läßt sich durch Zentrifugieren in einigen Minuten die nötige Menge Serum gewinnen.

Für die Haemoagglutination empfiehlt Costa dasselbe Verfahren. 2 bis 4 Tropfen des Serums kommen mit Pipette in die Ecke des Objektträgers; mit der Platinöse setzt man durch Defibrination des Blutes erhaltene rote Blutkörperchen hinzu. Sofort oder in einigen Sekunden treten gegebenenfalls rotgefärbte, voluminöse, charakteristisch aussehende Häufchen auf.

Dr. Meyer-Simmern.

Die lokale spezifische Behandlung experimenteller Infektionen. Von Prof. Simon Flexner, M. D. Direktor of labor. of the Rockefeller institute for medical research, New-York. The Harben Lectures 1912. Lecture II. The journal of stute medicine; XX., April 1912, Nr. 4.

Der Influenzabazillus ist häufig die Ursache ernstester Formen seropurulenter Cerebrospinalmeningitis, deren Letalitäte nur übertroffen wird durch jene der tuberkulösen und Pneumokokken-Meningitis. Unter 8 von Wollstein in New-York beobachteten Fällen kam keiner durch. Die aus dem Schleim der Bronchen gezüchteten Influenzakeime haben für Tiere nur geringe Virulenz, dagegen zeigen die im Liquor cerebrospinalis enthaltenen Bakterien deutliche Virulenz für die Laboratoriumstiere; sie finden sich oft im Blute der Kranken. Das Lumbalpunktat, anfangs trübe, mit gelbem, weißlichem Sediment, wird mit dem Fortschreiten der Erkrankung mehr eitrig. Die Bazillen liegen teils extrazellulär, sind teils von den Leukozyten verdaut und zeigen manchmal typische, manchmal irreguläre Formen. Besonders bei Kindern zeigte sich in Amerika gleichzeitig mit einer Infektion der Meningen eine solche des Respirationsapparates: Bronchitis und ernste Bronchopneumonie.

Aehnlich wie beim Menschen verhält sich die Zerebrospinalflüssigkeit beim Affen, der mit virulenten Kulturen des Influenzabacillus subdural geimpft worden war. Die Bazillen dringen nachträglich auch in den Kreislauf ein. Bei der Autopsie findet man bazillenhaltiges, purulentes Exudat an der Oberfläche von Hirn und Rückenmark — auch die Flüssigkeit in den Seitenventrikeln neigt zur Trübung.

Es gelingt nun, die experimentelle Infektion durch spezifisches Serum zu beeinflussen, das intradural an den Krankheitsherd gebracht wird. Eine Ziege wurde gegen die Bakterien immunisiert; subkutan injiziert wurden ihr anfänglich nicht virulente, später virulente Stämme. Nach mehreren Monaten wurde das Blut therapeutisch verwandt. Es hatte keine bakteriolytischen Eigenschaften und wurde subarachnoideal gut vertragen. Seruminjektionen bei geimpften Affen, denen in letaler Dose durch Lumbalpunktion in die Rückenmarkshäute virulente Kulturen injiziert worden waren, wurden 5—24 Stunden nach der Impfung gemacht, indem 2—4 ccm der Cerebrospinalflüssigkeit entzogen und durch gleiche Mengen Serum ersetzt wurden. Gewöhnlich genügten zur Hemmung der Bakterienvermehrung und zum Niederschlagen der Entzündung 3 oder 4 Injektionen. Das Punktat wird mit jeder Seruminjektion klarer; die Bakterien verringern sich an Zahl und finden sich hauptsächlich in Phagozyten. Allerdings enthält auch der vollkommen klare Liquor bei anscheinend genesenen Tieren noch Bakterien. Schließlich verschwinden auch diese. Besonders ist hervorzuheben, daß das Antiserum aus den Meningen leicht in den Blutstrom eintritt. Die Unterdrückung des primären Herdes hindert demnach nicht bloß den Eintritt der Bakterien ins Blut, sondern im Blute selbst wird auch ihre Entwicklung durch das Antiserum gehemmt.

Nun sind für die Genesung von irgend einer bakteriellen Infektion nicht bloß die Phagozyten und das Blutserum maßgebend, von denen man annimmt, daß sie die Keime allmählich überwinden und eliminieren. Es kommen noch chemische Substanzen in Betracht, die in Herden mit zerfallenden Gewebszellen vorkommen und die z. T. für Bakterien und Körperzellen schädlich sind. Die aus den Körperzellen durch Extraktion und Autolyse erhaltenen thermostabilen bakteriziden und hämolytischen Substanzen, die mit den aus den Leukozyten stammenden bakteriziden Stoffen z. T. identisch sind, sind in genügender Zahl bereits dargestellt worden, um eine Analyse zu gestatten. Es handelt sich nach Noguchi um höhere ungesättigte Fettsäuren oder ihre alkalischen Seifen. In Entzündungsherden und zerfallenden Geweben findet man Seifen; in alten nekrotischen Herden Ca-Salze, z. T. mit Fettsäuren verbunden; frische Entzündungsherde enthalten Lipase, die die neutralen oder höher P-haltigen Fette oder Lezithinkomplexe spaltet, so daß fette Säuren frei werden. Während die Leber in der Norm bei der Extraktion nur die halbe Menge Fett hergibt, nehmen bei der Phosphor- und Toluylendiaminvergiftung einfache Lösungsmittel das ganze Fett auf. Bei der akuten gelben Leberathrophie enthält die Leber ein Uebermaß ungesättigter Fettsäuren von hoher hämolytischer Kraft. Große Mengen lipoider Substanz wurden von Lamar aus der menschlichen Lunge gewonnen, in der eine lobäre Pneumone in Lösung ging. Unter dem Einfluß von Bakterien findet demnach zwar ein Zerfall von Geweeszellen und Leukozyten statt — der Zerfall wirkt aber nicht bloß zum Nutzen der Parasiten, sondern unterstützt auch den Wirt, um die Bakterien zu überwinden. Der Autor legt nun die Gründe dar, die Lamar veranlaßten, bei Pneumococcus-Infektionen Mischungen von Natriumoleat, Antipneumoccusserum und Borsäure anzuwenden. Am deutlichsten zeigt sich die Wirkung bei Pneumokokkenmeningitis des Affen. Die Injektion jener Mischung in die Zerebrospinalflüssigkeit ist imstande, viele infizierte Affen 8, 12, 18—24 Stunden nach der Impfung zu retten, zu einer Zeit, wo die Zahl der im Exsudat enthaltenen Diplokokken sehr groß ist und die Tiere sehr krank sind. Das Antipneumococcusserum allein kann in solchen Fällen die Wiederherstellung nicht bewirken. Die Bakteriaemie, die bei den intrameningeal mit virulenten Pneumokokken geimpften Affen sich allmählich entwickelt, heilt mit der Unterdrückung der Meningitis gleichzeitig aus.

Neben den Antisera und den chemischen Zerfallprodukten der Zellen kommen noch die weißen Blutkörperchen als solche Substanzen in Betracht, die zur Verteidigung des Organismus gegen die Infektion dienen und demnach zur künstlichen Verwendung anregen. Der Autor injizierte Hunden Terpentin in die Pleurahöhle, zentrifugierte die gewonnene trübe Flüssigkeit, löste die Leukozyten in NaCl lösung und verwandte die Lösung zur Einspritzung in die tuberkulöse Pleura des Hundes. Besonders günstig werden die pleuritischen Schwarten beeinflußt. Sie werden durchscheinend und zart, die substernalen Drüsen erholen sich, die Flüssigkeitsansammlung nimmt ab.

Dr. Mayer-Simmern.

---

b. Cholera.

Beiträge zur Frage nach der Artbeständigkeit der Vibrionen, im besonderen des Choleravibrio. Von Dr. Wankel. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 71, H. 1.

Der Verfasser hat an 10 Vibrionenstämmen aus dem städtischen Untersuchungsamte in Petersburg die Behauptung von L. Horowitz nachgeprüft, nach der es gelingen soll, Vibrionen, die sich anfangs nicht als Choleravibrionen identifizieren ließen, durch geeignete Umzüchtungen in Choleravibrionen überzuführen. Trotz strengster Einhaltung der von Horowitz und Slatogoroff angegebenen Versuchstechnik gelang es in keinem Falle, auch nur einen der 10 Petersburger Vibrionen in einen echten Choleravibrio, noch einen echten Choleravibrio in einen schwer agglutinablen, inagglutinablen oder atypischen Vibrio umzuwandeln.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Ueber das Vorkommen des Choleravibrio in der Gallenblase. Von C. Defressine und H. Cazeneuve. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII, 1912, Nr. 21.

G. S. Kulescha[1]) hatte bei der Choleraepidemie, die 1910 in Rußland herrschte, den Choleravibrio in der Galle nachgewiesen und auf 430 Autopien 42mal sehr ausgeprägte Cholecystitis gefunden. In diesen 42 Fällen enthielt die Galle fast immer den Cholerakeim; viel häufiger waren die Gallenblasenveränderungen weniger auffällig; dann fand sich der Vibrio in 61 $^0/_0$ der Blasen. Der Autor stützt diese Angaben durch Untersuchungen, die im November 1911 bei der kurzen Choleraepidemie in Toulon, von der die dortige Marine betroffen wurde, ausgeführt wurden. In 3 tödlich verlaufenden Cholerafällen ließ sich der Choleravibrio in der Galle nachweisen. Die Cholerasymptome waren in einem Falle in den ersten 10 Tagen sehr schwer — der Keim fand sich im Stuhl. Vom 11. bis 19. Tage scheinbare Besserung, in den Entleerungen ließ sich der Vibrio nicht nachweisen; es folgte ein Rückfall und Komplikationen, die den Tod verursachten; wieder enthielt der Stuhl den Keim.

Der Choleravibrio scheint unter bestimmten Verhältnissen sich länger in der Gallenblase, als im Darm aufzuhalten. In der Galle scheint er, wie der Typhusbacillus, als Saprophyt zu leben.

Der Autor empfiehlt, besonders in heißen Ländern mit endemischem Vorkommen der Cholera statt des Darminhalts die Galle zu systematischen Untersuchungen auf Choleraerreger zu benutzen. Dr. Mayer-Simmern.

Ein chronischer Cholerabazillenträger. Von Prof. Alain, Prof. A. Vallée und Prof. Martineau. Revue d'Hygiène; Bd. 33, H. 12, vom 20. Oktober 1911.

Ein russischer Auswanderer erkrankte 26 Tage, nachdem er seine Cholera durchseuchte Heimat verlassen hatte, an Cholera. Es konnten 5 Monate lang bei ihm Cholerabazillen nachgewiesen werden.

Man muß annehmen, daß die Virulenz des Cholerabacillus bei derartigen Bazillenträgern mit der Zeit nachläßt. Hierauf weisen auch die morphologischen Unterschiede und die Abweichungen in der Fortzüchtung des Bacillus hin.

Wahrscheinlich sind mehrfach Bazillenträger während der letzten Jahre aus den Choleragebieten nach Europa gekommen. Sie haben aber keine Schäden anrichten können, teils weil die Virulenz der Bazillen vermindert war, teils weil die hygienischen Verhältnisse Europas der Verbreitung der Bazillen entgegenwirkten. Immerhin muß man mit der Gefahr rechnen, daß plötzlich durch einen derartigen chronischen Bazillenträger eine lokale Cholera-Epidemie in Europa zum Entstehen kommt. Dr. Dohrn-Hannover.

---

c. Pocken und Impfung.

Ueber eine mechanische Methode, Lymphe durch Stiche auf das Kalb zu übertragen. Von Lucien Camus, chef technique de l'Institut supérieur de vaccine à l'Académie de médecine, Paris. Comptes rendus de la soc. de biol.; 1912, LXXII, Nr. 17. (Mit 1 Abbildung).

Um Lymphe auf Kälbern zu züchten, wendet man meist Skarifikationen an, deren Zahl und Größe je nach der Eigenart des Institutsleiters modifiziert wird. Will man große Mengen Lymphe erhalten, so wird die Länge und Breite der Schnitte und ihre Zahl vergrößert, ja das Operationsfeld wird mit Inzisionen bedeckt, die sich nach allen Richtungen kreuzen. Wenn auch die Quantität der Lymphe hierdurch zunimmt, so leidet ihre Beschaffenheit oft sehr. Die kleinsten Pusteln, die sich entwickelt haben, ohne zu platzen, sind nämlich die schönsten mit den wenigsten Krusten; sehr große und sehr lange Pusteln, die ihren Inhalte nach außen entleert haben, sind weniger schön und liefern eine sehr krustenreiche Pulpa.

Um durch Stiche möglichst nur kleine isolierte Pusteln zu erhalten, wendet der Autor einen zylindrischen Apparat an, der spitze Punkte trägt, die man durch Drehung über die Hautoberfläche gleiten läßt. Die Schwierigkeiten, die von der Unregelmäßigkeit der äußeren Körperdecke und der verschiedenen Resistenz der darunter liegenden

[1]) S. Referat darüber in dieser Zeitschrift; 1911, S. 318 u. 465.

Teile erzeugt werden, verschwinden bei dieser Anordnung, da gleichzeitig nur wenig Spitzen in Tätigkeit treten und so immer nur eine bestimmte Körperpartie betroffen wird. Vor Anwendung des Rädchens wird die Lymphe auf die Haut aufgetragen, so daß die Metallspitzen um so sicherer die Masse in die Tiefe bringen können. Die dadurch entstehenden Hautlaesionen sind, als Stichwunden, kleiner als die Skarifikationen; sie schmerzen nicht, die Wunden schließen sich bald. Sekundäre Infektionen sind nicht zu fürchten, Schutzverbände werden entbehrlich.

Aehnlich wie die Stammlymphe lassen sich auch andere Stoffe mit dem Apparat des Verfassers in die Haut einbringen. Die Methode ist für die Lymphegewinnung besonders zu empfehlen, da die Ergebnisse reichlich und gut sind. Dr. Mayer-Simmern.

Zur Frage der Impfbelehrung. Von R. W. Raudnitz-Prag. Wiener klinische Wochenschrift; 1912, Nr. 26.

Folgende Zahlen geben zunächst einen Begriff davon, welchen Umfang die Entziehung der Impfpflicht infolge der Agitation der Impfgegner in manchen Bezirken Oesterreichs angenommen hat:

Bezirkshauptmannschaft	Von 100 vorschulpflichtigen Kindern blieben	Von 100 schulpflichtigen ungeimpft:
Gablonz	99,62	90,5
Rumburg	97,0	86,6
Schluckenau	91,0	61,1
Reichenberg, Land	90,0	49,5
Warnsdorf	88,0	85,4
Friedland	82,0	48,2
Trautenau	80,0	3,0
Graslitz	79,0	38,1
Reichenberg, Stadt	74,0	76,0
Außig	69,0	12,2
Braunau	69,0	32,4
Tetschen	61,0	3,4
Hohenelbe	57,0	10,4
Starkenbach	56,0	14,5
Semil	54,0	10,6
Marienbad	53,0	14,4
Nachod	52,0	6,8
Teplitz	50,2	29,4

Die drastischen Worte, mit denen Raudnitz die österreichischen Verhältnisse beleuchtet, lassen nur zu deutlich erkennen, wie schwierig es ist, gegen die gemeingefährliche Agitation der Impfgegner hier vorzugehen. Die Behörden versagen vielfach; manchmal sympathisieren sie offen mit der Impfgegnerschaft. Man wird auch in Anbetracht dieser Schwierigkeiten kaum die Hoffnung des Verfassers teilen, die dahin geht, durch Belehrung die Impfung wieder populär zu machen und anstelle des Impfzwanges den „eigenen Willen einer zu gründlicher Erkenntnis gelangten Bevölkerung“ zu setzen. Diesem Opitimismus werden die wenigsten Leser des sehr interessanten Aufsatzes huldigen.

Sehr brauchbar auch für uns im Kampfe gegen die Impfgegnerschaft sind die statistischen Angaben, welche das Vorkommen der Todesfälle an Pocken in den beiden Nachbarländern Böhmen und Sachsen einander gegenüberstellen. Nur bei der Pockensterblichkeit tritt hier ein scharfer Gegensatz zwischen Böhmen und Sachsen hervor. Es muß demnach die sächsische Bevölkerung einen spezifischen Schutz, nämlich den Schutz durch die Impfung, besitzen. In der Verbreitung der übrigen ansteckenden Krankheiten, wie Scharlach und Masern, tritt ein solcher Gegensatz nicht hervor.

Es starben von je 100000 Einwohnern an Blattern in:

	1873:	1874:	1875:	1876:	1877:	1878:	1879:
Böhmen:	291,7	40,3	9,9	16,9	70,3	92,2	86,7
Sachsen:	67,3	23,6	17,8	0,6	0,7	1,0	1,0

	1880:	1881:	1882:	1883:	1884:	1885:	1886:
Böhmen:	82,6	69,6	52,3	42,9	75,7	72,9	58,5
Sachsen:	2,2	4,1	0,7	0,3	0,4	0,5	0,9
	1887:	1888:	1889:	1890:	1891:	1892:	
Böhmen:	41,3	75,0	62,9	35,5	36,4	27,6	
Sachsen:	0,2	0,3	0,2	0,2	0,1	0,02	

Für die Impfbelehrung selbst macht R. folgende Vorschläge:

1. Aufnahme von Lesestücken über Blattern- und Schutzpockenimpfung in die Lesebücher der Volks-, Bürger- und Mittelschulen.
2. Energische Impfbelehrung der Bevölkerung durch Bücher und Vorträge.
3. Einberufung der Amtsärzte zu besonderen Kursen über das Wesen und den Nutzen der Impfung.
4. Verpflichtung der Amtsärzte zu öffentlichen Vorträgen.
5. Möglichst rasche Richtigstellung der in den impfgegnerischan Zeitschriften erscheinenden Nachrichten über angebliche Impfschädigungen.

Die Lektüre des sehr interessanten und drastisch geschriebenen Aufsatzes sei allen Medizinalbeamten sehr ans Herz gelegt.

Dr. Dohrn-Hannover.

---

d. Pest und Lepra.

Die Entstehung der Lungenpest. Von Dr. A. Manaud. Revue d'Hygiène; Bd. 33, H. 12 vom 20. Dezember 1911.

M. unterscheidet zwei Arten von Lungenpest:

1. die sporadische Lungenpest, die vereinzelt während einer Epidemie der Bubonenpest auftritt,
2. die epidemische Lungenpest, die sich durch Ansteckung von Mensch zu Mensch verbreitet.

In warmen Ländern, wo man gewöhnlich nur die Bubonenpest und die sporadisch auftretende Lungenpest beobachtet, muß sich die Bekämpfung der Krankheit hauptsächlich auf die Vernichtung der Insekten (Flöhe) und der Ratten beschränken, welche für die Verbreitung der Krankheit sorgen. Die Maßnahmen, welche auf Isolierung des Kranken gerichtet sind, versprechen hier nur wenig Erfolg. Dagegen muß man in den Ländern des kalten Klimas jeden Fall einer pestverdächtigen Lungenkrankheit beim Menschen mit allen Vorsichtsmaßregeln umgeben, d. h. man muß ihn isolieren, die Wohnung desinfizieren und besonders im Verkehr mit dem Kranken eine Maske gebrauchen.

Dr. Dohrn-Hannover.

Weitere Untersuchungen über die Krebssterblichkeit unter den Leprakranken. Von Munch Soegard. Berliner klin. Wochenschrift; 1912, Nr. 22.

Aus den statistischen Angaben geht hervor, daß Lepröse eine gewisse relative Unempfindlichkeit gegen maligne Neubildungen besitzen. Sie erkranken seltener als andere Personen der gleichen Jahresklassen.

Dr. Meinicke-Hamburg.

---

e. Typhus.

Schutzimpfung gegen Typhus. Von Dr. F. M. Hartsock. Wiener klinische Wochenschrift; 1912, Nr. 19.

Die Schutzimpfung gegen Typhus ist gegenwärtig in der amerikanischen Armee obligatorisch. Der Impfstoff wird in dem Armeelaboratorium zu Washington unter Aufsicht des Majors Russell hergestellt. Die Erfahrungen, die man in der englischen Armee gemacht hat, sind sehr günstig. Es werden im allgemeinen 3 Injektionen einer lebenden Bazillenemulsion im Abstande von 10—14 Tagen gemacht. Die Reaktion ist nicht erheblich. H. beobachtete bei 1100 Fällen von Schutzimpfung in 94% keine oder milde Reaktion, 5% mit mäßigen und 1% mit schweren Folgen.

Sowohl die Erkrankungsziffer, als auch die Sterblichkeit wurden durch die Schutzimpfung erheblich verringert. Während der letzten Divisionsmanöver in Texas trat bei 13000 geimpften Soldaten nur ein Fall von Typhus auf, während in einer anliegenden Stadt 49 Erkrankungen mit 19 Todesfällen vorkamen.

H. empfiehlt die Schutzimpfung für folgende Fälle: 1. Bei allen Personen während einer Epidemie. 2. In Armeen. 3. Bei Wärtern, Hospitalpersonal und Aerzten. 4. Bei Lagerpartien, Reisenden. 5. Bei jungen Personen.

Dr. Dohrn-Hannover.

Die Serumtherapie des Abdominaltyphus. Aus der med. Klinik in Würzburg. Von Hermann Lüdke. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 17.

Verfasser verbreitet sich zunächst über die bisherigen Immunisierungsmethoden, geht dann auf sein Verfahren ein, das er zur Gewinnung möglichst kräftig wirksamer Gifte von Typhusbazillen einschlug und kommt auf Grund seiner, im Original eingehend beschriebenen, experimententellen Untersuchungen und klinischer Verwertung des Typhusserums zu dem Schlußergebnis, daß das Typhusserum bei frühzeitiger Verwertung imstande ist, den Verlauf des typhösen Fiebers günstig zu beeinflußen. Bei späterer Anwendung scheint die Wirksamkeit des Serums weniger günstige Resultate zu zeitigen. Die kurative Wirkung eines Typhusserums kommt am besten dann zur Geltung, wenn ein bakterizid und giftneutralisierendes Serum injiziert wird. Neben einer frühzeitigen Behandlung ist die intravenöse oder intramuskuläre Injektion größerer Serummengen ratsam.

Dr. Waibel-Kempten.

Zur Pyramidonbehandlung des Typhus. Von Dr. M. John, Chefarzt der inneren Abteilung des St. Marienhospitals Mühlheim a. Ruhr. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 18.

Verfasser hatte im ganzen 54 Typhuskranke in Behandlung, von denen 38 schwerer Erkrankte Pyramidon erhielten. Auf Grund dieser Behandlungsweise kommt Verfasser zu dem Schlußergebnis, daß die Pyramidonbehandlung, ganz abgesehen von dem recht wesentlichen Vorzug idealer Einfachheit, zum mindesten dasselbe, wenn nicht mehr leistet als die Bäderbehandlung und besonders dann ihre Triumphe feiert, wenn es gilt, die toxischen Wirkungen der Erkranknng auszuschalten.

Verfasser gibt meist 0,1 Pyramidon 2stündlich oder 0,15 3stündlich solange, bis nach versuchweisen 1—2tägigem Aussetzen der Pyramidenmedikation Körpertemperatur und Allgemeinbefinden sich nicht wesentlich änderten.

Dr. Waibel-Kempten.

Untersuchungen von Rekruten des II. Armeekorps auf Typhusbazillenträger. Von Stabsarzt Dr. Hüne. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1912, Nr. 9.

14 Rekruten hatten im Laufe der letzten 12 Monate, 140 im übrigen Leben Typhus überstanden. Bei 50 Rekruten war in Haus, Familie oder Arbeitsstätte im Laufe der letzten 12 Monate Typhus vorgekommen. Bei diesen 64 Mann wurden dreimal in 8tägigen Zwischenräumen Stuhl und Urin untersucht, bei ihnen und bei 253 Mann, in deren Umgebung früher Typhus vorgekommen war, einmal die Widalsche Probe angestellt. Gefunden wurden 2 Typhus-, 2 Paratyphusbazillenträger und ein Mann mit Widal 1 : 300 für Typhus.

Dr. Bernstein-Allenstein.

Zur Behandlung der Typhusbazillenträger. Von Dr. Dehler, Oberarzt der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt der Pfalz in Frankenthal. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 16.

Verfasser verbreitet sich in längeren Ausführungen über die theoretische und praktische Bedeutung und Berechtigung der operativen Behandlung der Typhusbazillenträger und berichtet unter Mitteilung der Krankheitsgeschichten über 2 neue von ihm operativ behandelte Fälle von Typhusbazillenträgern, nachdem er bereits 1907 und 1909 zwei derartige Fälle operiert und veröffentlicht hat. Diese 4 Fälle ergänzen und bestätigen die neuen bakteriologischen Forschungen über die Bazillenträger und illustrieren die Wichtigkeit der Beziehungen zwischen Typhus und Gallenblasenchirurgie. Wenn auch im allgemeinnn ein operativer Eingriff an der Gallenblase bei Typhusbazillenträgerinnen nur bei akuten Symptomen von Cholecystitis vorgenommen werden dürfte, so sind doch

Fälle denkbar, wo einem Bazillenträger auch ohne dringende Indikation eine Cholezystektomie vorgeschlagen werden darf und sollte, z. B. bei in der Nahrungsmittelbranche Beschäftigten, bei einer Mutter, die bereits eines ihrer Kinder tödlich infiziert hat und sowohl die anderen Kinder vor Ansteckung, als sich selbst vor event. plötzlich auftretender Verschlimmerung (Cholecystitis) schützen will etc. Nach seiner Ansicht ist ein operativer Eingriff, d. i. eine Cholezystektomie mit möglichst lange durchgeführter Hepaticusdrainage berechtigt und angezeigt bei Typhusträgern, bei denen durch wiederholte Untersuchung mit Anreicherungsverfahren Typhusbazillen im Blut und in dem (bei weiblichen Personen mit Katheter entleerten) Urin nicht, wohl aber noch Monate lang nach überstandenem akuten Typhus im Kot Typhusbazillen nachgewiesen werden, berechtigt und angezeigt, so lange ihnen nicht durch erhöhte Immunisierung auf serotherapeutischem Wege oder durch andere Mittel radikale Heilung verschafft werden kann. Dr. Waibel-Kempten.

---

f. Diphtherie.

Zur Diphtheriebazillenfärbung Raskin. Von Dr. Otto Götze, Assistent des Pathologischen Institutes des Allgemeinen Krankenhauses in Hamburg-Eppendorf. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 17.

Es existiert bisher keine brauchbare Methode, die nur mit einer einzigen Farblösung auskommt. Eine solche „neue, einseitige Doppelfärbungsmethode für die Polkörperchen der Diphtheriebazillen" hat Dr. Marie Raskin-Petersburg veröffentlicht. Ihr Färbemittel setzt sich zusammen aus Acid. acet. glac. 5 ccm, Aq. dest. 95 ccm, 95 proz. Alkohol 100 ccm, alte gesättigte wässrige Methylenblaulösung 4 ccm, Ziehlsche Karbolfuchsinlösung 4 ccm. Die in gewöhnlicher Weise auf dem Objektträger ausgestrichenen und mit der Flamme fixierten Präparate klemmt man mit einer Pinzette an und gießt das Färbemittel in dünner Schicht auf. Nach einmaligem Durchziehen durch die Flamme brennt der in der Mischung enthaltene Alkohol in ca. 8—10 Sekunden ab. Man wartet nun noch 5—6 Sekunden zu und spült mit Wasser ab. Abtrocknen, Zederöl.

Die Erfahrungen des Verfassers mit dieser Methode waren im ganzen zufriedenstellend, wenn auch nicht so weit überlegen, wie die Entdeckerin behauptete. Verfasser kommt nach eingehenden Ausführungen über seine Versuche zu dem Schlusse, daß die Raskinsche Methode die neue Neißersche (mit Methylenblau, Kristallviolett und Chrysoidin) nicht zu verdrängen vermag, aber durchaus empfohlen zu werden verdient.

Dr. Waibel-Kempten.

Ueber eine ungewöhnliche Form des Diphtheriebacillus und einige Bemerkungen zur bakteriologischen Diagnose der Diphtherie. Mit 8 Abbildungen. Von John Dale, M. B., B. Sc., Assistent med. off. of health, Birmingham City. Public health, XXV, Nr. 5, Februar 1912.

Die Arbeit stammt aus dem hygienischen Institut in Hamburg. Die gefundenen Keime entstammten Proben, die Kindern entnommen worden waren, die eine Warteschule in Bergedorf besuchten. 1909[1]) traten hier 50 Fälle von Diphtherie auf, 23 im Dezember. 15 waren Kinder, die jener Schule angehörten, 5 ältere Geschwister derselben. Die ersten 8 Fälle der Epidemie kamen bei Kindern vor, die in besonders unhygienischer Gegend der Stadt wohnten. Das Viertel liegt tief, die Wohnungen sind ärmlich und schlecht gelüftet. Von 11 Personen, die jenen Keim aufwiesen, zeigten 5 klinische Symptome, die anderen 6 nicht. Auf Meerschweinchen übertragen, erzeugte er die charakteristischen Diphtherieläsionen. Das Toxin des Bacillus wurde durch Heilserum neutralisiert. Der Keim wies unregelmäßige Gestalt, außerordentliche Entwicklung der Polarkörper auf; langsames dürftiges Wachstum auf Loefflerschem Blutserum, wodurch Isolierung und Erkennung noch schwerer wurden. Es schien Gewöhnung an das Medium einzutreten, da nach weiteren Kulturen allmählich oder plötzlich die übliche Form des Diphtheriebacillus auftrat.

[1]) Vergl. die Diskussion „Ueber Diphtherie" im ärztlichen Verein in Hamburg. Münchener med. Wochenschrift; 1909, Nr. 50.

Der Autor tritt für die im Hamburger Institut geübte Art der Diphtheriediagnose ein: Kultur auf Serumplatte, auf Serumröhre; Prüfung eines Objektträgerpräparates auf Spirillen und den Bacillus fusiformis. Die Kulturen werden auf 35—36° gehalten und am nächsten Morgen untersucht; negative Kulturen werden nach weiteren 24 Stunden nochmals untersucht, ehe eine Schlußdiagnose mitgeteilt wird. Die Präparate aus den Kulturen werden immer nach Neißer gefärbt. Dr. Mayer-Simmern.

Todesgefahr infolge von Anaphylaxie (nach Einspritzung von Diphtherieserum). Von Dr. Wilh. Asam in Murnau. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 15.

Nachdem die Gattin des Verfassers bereits im August 1899 und im Mai 1900 Diphtherie und beidemal mit Diphtherieserum eingespritzt wurde, bekam sie am 13. Dezember 1910 wiederholt ausgesprochene Erscheinungen von Diphtherie und erhielt deshalb am genannten Tage eine Injektion von Serum Nr. 2 am linken Oberschenkel. Eine Viertelstunde nach der Injektion bekam Patientin plötzliche hochgradige Atemnot, Erstickungsgefühl, andauerndes Nießen und Tränenträufeln, Schwellung der Augenlieder der Lippen und des Gesichtes, Gefühl, als ob nicht ein Kopf, sondern ein Kinderballon auf dem Halse säße. Es stellten sich ferner ein: Verziehung des Mundes, Krampfgefühl der rechten Gesichtsseite, Gefühl des Herunterhängens auf der linken Gesichtsseite, Unvermögen zu schlucken, Todesangst. Die Kranke war bis zur Unkenntlichkeit entstellt; am ganzen Körper, besonders auf der Brust und an der Injektionsstelle stellte sich Juckreiz ein, das Gesicht war wie beim schlimmsten Erysipel geschwellt, die Brust intensiv gerötet (scharlachartig), an der Injektionsstelle eine hochgradig rote, handtellergroße Quaddel, dabei Schüttelfrost mit Temperaturerhöhung (38,8° C) und erhöhter Pulsfrequenz. Im Laufe der nächsten Stunden breitetete sich die Röte über den ganzen Körper aus, der Juckreiz wurde immer stärker, die Brust färbte sich braunrot; Schlucken wurde allmählich möglich, war sehr schmerzhaft. Um 11 Uhr mittags, also ca. 4 Stunden nach der Injektion, waren die Erscheinungen im Gesichte und am Rumpfe vollkommen verschwunden, der Mandelbelag hatte sich dagegen ausgedehnt. Am 14. Dezember keine Ueberempfindlichkeitserscheinungen mehr; an der Injektionsstelle eine doppelhandtellergroße, von Erysipel nicht zu unterscheidende, sehr gerötete Zone; Belag unverändert, Temperatur 38,4. Am 15. Dezember war die erysipelatöse Röte auf dem linken Unterschenkel fortgeschritten; es bestand sehr starkes Schwächegefühl in den Beinen, besonders links; Belag unverändert, Temperatur 38,2. Am 16. Dezember entstanden auch auf dem rechten Oberschenkel erysipelähnliche Flecken, Temperatur 38,0. Am 17. Dezember Beginn des Rückganges der allgemeinen und lokalen Erscheinungen. Verfasser bemerkt noch, daß die Patientin nicht neuropathisch veranlagt war, dagegen seit 22 Jahren an Heuschnupfen und seit 12 Jahren zuweilen an Asthma litt.

Es liegt also hier ein Fall „sofortiger Reaktion" nach Diphtherieserum — Reinfektion — vor. Gegenüber den bisherigen Beobachtungen ist dieser Fall jedoch durch zwei besondere Momente charakterisiert: 1. Eine erste Reinfektion, ein Jahr nach der primären Einspritzung, war ohne jede Reaktion geblieben; 2. die „sofortige Reaktion" war nach einem Intervall von 10½ Jahren erst aufgetreten, während verschiedene Autoren 3 bis 4½ Jahre als die längste Zwischenzeit bezeichnen, nach der noch eine „sofortige Reaktion" beobachtet wurde.

Zum Schlusse teilt Verfasser noch mit, daß sein Sohn bereits zweimal an Diphtherie gelitten und mit Diphtherieserum behandelt wurde. Im Dezember 1911 bekam der Sohn wiederholt Diphtherie und auch wieder eine Injektion von Diphtherieserum ohne jedwede Reaktion und mit günstigem Erfolge, nachdem die innerliche Darreichung von ca. 4000 I. E. ohne Einwirkung auf den Krankheitsprozeß war. Verfasser würde es für höchst interessant halten, die Frage der Wirkung des Diphtherieserums, per os genommen, an einem größeren Materiale nachzuprüfen, da gerade in Rücksicht auf die Möglichkeit der Anaphylaxie eine Bestätigung im positiven Sinne für den Arzt von Wert wäre. Dr. Waibel-Kempten.

Ein Fall von Diphtherie mit Fremdkörpersuffokation durch eingedicktes Sekret. Aus der med. Klinik zu Jena. Von Stud. med. Langenstraß. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 20.

Verfasser berichtet unter Beifügung einer Abbildung und Krankengeschichte über Diphtherie bei einem 5jährigen Mädchen, bei dem zunächst die Tracheotomia inferior ausgeführt wurde, die dann nach Injektion von 8000 I.-E. Serum mehrtägiges leidliches Befinden zur Folge hatte. Am dritten Tage trat wieder hochgradige Atemnot auf; man versuchte mit einer langen Pinzette die Extraktion erreichbarer Membranen, wobei ein derber, bräunlicher Pfropf ausgeworfen wurde, der einen aus Detritus und großen Bakterienhaufen bestehenden Ausguß der Trachea (Bifurkation und Anfangsteil der Hauptbronchien) darstellte. Nachdem große Massen, offenbar hinter dem lederartigen derben Pfropfen retinierten eitrigen Schleimes entleert wurden, trat für kurze Zeit Erleichterung ein, die jedoch nicht lange anhielt und bald wieder in Verschlimmerung und Exitus überging. Bei der Sektion fanden sich die Bronchien und Bronchiolen ausgefüllt von Pseudomembranen und Eitermassen; das Herz dilatiert, die Herzmuskulatur charakteristisch getrübt.

In allen Fällen, wo der hier beobachtete Symptomenkomplex 1. Euphorie des Patienten, trotz klinisch sicherer Fortdauer der Krankheit, abwechselnd mit tiefer Somnolenz, 2. hochgradige Atemnot und Zyanose trotz völlig frei passierbarer und richtig gewählter Trachealkanäle, 3. Tiefstand der Lungen und Fehlen der Atemgeräusche, 4. hohes Fieber auftreten, dürfte es ratsam sein, nach dem Auftreten derartiger Sekretpfröpfe zu fahnden und ihre Entfernung und damit die Beseitigung des Atemhindernisses zu versuchen.

Dr. Waibel-Kempten.

Prof. Petruschkys Versuche zur Entkeimung von Diphtheriebazillenträgern. Von Stadtschularzt Dr. Stephani-Mannheim. Der Schularzt; 1912, Nr. 3.

Da bei hartnäckigen Keimträgern weder Gurgeln noch Pinselungen noch Heilserum genügen, um die Bazillen abzutöten, wendet Petruschky-Danzig — im Einverständnis mit den Kranken — eine aktive Immunisierung an. Eine Kultur lebender Diphtheriebazillen wird durch mehrstündige Einwirkung von Chloroformdampf abgetötet und mit einer physiologischen Kochsalzlösung, der 0,5 % Phenol beigegeben ist, stark verdünnt. Von dieser Flüssigkeit erhalten die Bazillenträger subkutane Injektionen in steigender Dosis. Nach 8—10 Tagen, selten länger, war immer die vollständige Entkeimung erreicht. In Fällen, wo die Injektion unangenehm empfunden wurde, stellte Petruschky die Aufschwemmung einer abgetöteten Diphtheriebazillenkultur auf 10 ccm einer Mischung von 66 % Glyzerin und 34 % destilliertem Wasser her; hiervon erhielt Patient jeden zweiten Tag zwei Tropfen auf die Haut zum Einreiben. Nach einmonatlicher Anwendung war Bazillenfreiheit erreicht; auch das Körpergewicht hatte erheblich zugenommen. Stephani hält eine Anwendung besonders des letzteren Verfahrens in der Schule zur Verhütung von Epidemien für möglich, wenn er auch die Schwierigkeiten in der Praxis sich nicht verhehlt; denn zunächst erfährt der Schularzt amtlich nur in den allerwenigsten Städten von den in den Schulen vorkommenden ansteckenden Krankheiten, und ferner kann auch der Schularzt bakteriologische Untersuchungen auf Bazillenträger nicht so leicht machen, und die Untersuchungsämter werden häufigere größere Schüleruntersuchungen nicht ausführen können. Doch scheint nach der aktiven Immunisierung die Forderung berechtigt, bazillentragende Schulkinder bis zur Keimfreiheit vom Schulbesuch fernzuhalten.

Dr. Solbrig-Königsberg.

Unsere Diphtherieerfahrungen 1910/11. Von Dr. Kurt Blühdorn, ehem. Assistenzarzt der Infektionsabteilung des Virchow-Krankenhauses in Berlin. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 23.

Verfasser stellte das unverhältnismäßig viel schwere Fälle von Rachen- und Kehlkopfaffektionen enthaltene Diphtheriematerial der oben genannten Infektionsabteilung vom April 1910 bis April 1911 zusammen, um es insbesondere auch mit Berücksichtigung der Serumtherapie kritisch zu prüfen. Von 293 Fällen

verliefen 206 = 70 Prozent unkompliziert, während 30 Prozent durch diphtheritische Nachkrankheiten bezw. durch Larynxstenosen kompliziert waren. Ca. 12 Prozent der Gesamtzahl der 293 Fälle kamen zur Tracheotomie. Die Mortalitätsziffer betrug unter den 293 Fällen ca. 11 Prozent.

Verfasser verbreitet sich dann noch in längeren Ausführungen über die beobachteten Nachkrankheiten (Erkrankungen der Nieren, des Herzens, nervöse Störungen, Larynxstenosen, Bronchopneumonien usw.) und kommt zu dem Schluß, daß an einer heilenden Wirkung rechtzeitig angewandten Heilserums nicht zu zweifeln ist. Verfasser wendete der Schwere und Krankheitsdauer der Fälle entsprechend häufig recht hohe Serumdosen an. Wegen des zur Haltbarkeit dem Serum beigeführten Karbolzusatzes empfiehlt es sich, an einem Tage nicht mehr als 9000 J.-E. zu verabfolgen. Diese Dosis wurde, wenn es notwendig erschien, noch 1—2 mal wiederholt an den folgenden Tagen und zwar mit gutem Erfolge.

In der Praxis wird es des hohen Preises wegen nicht immer möglich sein, so hohe Dosen anzuwenden. Soviel ist aber jedenfalls sicher, daß das Serum in einer großen Anzahl von Fällen auch tödliche Nachkrankheiten nicht verhüten kann. Anaphylaktische Erscheinungen wurden nie beobachtet bei den Reinjektionen der hohen Dosen. Außer den Seruminjektionen erwies sich in schweren Fällen mit starken Belägen ein permanenter Wasserstoffsuperoxydspray, dem die Patienten Tag und Nacht ununterbrochen ausgesetzt sind, als sehr nützlich.

Verfasser meint, daß die an sich schon niedrige Mortalitätsziffer noch mehr sinken wird, je weniger verschleppte Fälle in ärztliche Behandlung kommen und je früher das Heilserum angewendet wird.

Dr. Waibel-Kempten.

Ueber postdiphtheritische Lähmungen. Von Dr. E. Dransfeld in Hannover. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 25.

Verfasser kommt auf Grund seiner Beobachtungen unter Mitteilung von mehreren Krankengeschichten zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Die beste Behandlung postdiphtheritischer Lähmungen besteht in Einspritzung von Heilserum, je schwerer die Lähmung, um so höher sei die Anzahl der I.-E.; eine schädliche Wirkung ist nicht zu erwarten.

2. Diphtheritische Lähmungen lassen sich mit Wahrscheinlichkeit vermeiden, wenn frühzeitig genügend I.-E. zur Einwirkung kommen.

Dr. Waibel-Kempten.

---

g. Scharlach.

Der Bacillus diphtheriae in Beziehung zu „return Cases" bei Scharlach. Vortrag vor der Midland branch des engl. Medizinalbeamtenvereins. Von T. Shadick Higgins, M. D., B. S., D. P. H., Assistant med. off. of health, Birmingham. Public health; XXV, Nr. 7. April 1912.

Vom 19. Dezember 1910 bis 8. November 1911 waren in Birmingham 1509 gemeldete Scharlachfälle in die Krankenhäuser aufgenommen worden. Nach der Rückkehr aus dem Krankenhause traten in 89 Häusern 181 Sekundärfälle auf; und zwar in 1 Hause 6, in 1 Hause 5, in 3 Häusern je 4, in 4 je 3, in 16 je 2 und in 61 je 1 Fall. Primäre Fälle in denselben Häusern 8 Wochen vor dem Auftreten der Return cases waren 98 verzeichnet, und zwar 1 Haus mit 3, 10 Häuser mit je 2 Fällen, 75 Häuser mit je 1 primärem Fall. Diese primären Fälle wurden alle besucht, sobald die Meldung der Return cases eintraf; es wurden Proben entnommen getrennt aus Nase und Rachen. Da bei 40 Ohrenfluß bestand, wurde auch hiervon eine Probe entnommen. Es ergab sich bei 95 primären Fällen: Positiv nur Nasenschleim in 26, Sekret vom Ohr in 1 Fall, von Nase und Ohr in 2, von Rachen allein in 2, von Nase und Rachen in 6 Fällen. Von 86 Häusern ergaben positive Resultate die primären Fälle während des Krankenhausaufenthaltes oder nach der Entlassung 58 Fälle, negative 27. Proben wurden nicht entnommen in 1 Hause. D. h.: 68% der Fälle waren positiv; sie enthielten den Löfflerschen Bacillus diphteriae.

Daß in 68% der Häuser, in denen Return cases auftraten, aus dem

Hospital ein Kranker entlassen worden war, der im Laufe seines Scharlachs im Nasopharynx Diphtheriebazillen beherbergt hatte, ist auffällig im Verhältnis zu den Ergebnissen, die andere Autoren erzielt hatten. So hatte bei den Aufnahmen Pugh 4% im Rachen, 8% in der Nase nachgewiesen; Garrat und Washbourn 1,2% im Rachen; Soerensen 16% unter 1500 Fällen, von denen 32 auch klinisch Diphtherie gehabt hatten. Im Lodge Road Hospital in Birmingham, wo anscheinend alle infizierten Fälle aufgenommen wurden, waren 43% aller Fälle positiv, während der Diphtheriebazillus in 75% der Häuser aufgefunden wurde, wo Return cases nach Entlassung aus jenem Krankenhause aufgetreten waren. Die Infektion eines Krankenhausfalles von Scharlach mit dem Löfflerschen Bacillus dürfte daher bewirken, daß dieser Kranke in erhöhtem Maße nach seiner Entlassung Return cases verursacht.

Diskussion: Dr. Miller findet die Zahl der Scharlachfälle, die in die Birminghamer Krankenhäuser mit Diphtheriebazillen aufgenommen wurden (80%), ziemlich hoch. Auch er hält, wie Dr. Higgins, die in dem Nasenschleim enthaltenen Diphtheriebazillen für die Ursache der Return cases; Tonsillen- und adenoide Wucherungen sind aber ebenfalls wirksam. Dr. Dale fragt nach der Bedeutung der gefundenen Keime. Diphtherie scheinen sie nicht zu verursachen, da sich trotz ihres gehäuften Vorkommens klinische Diphtherie in Birmingham nur wenig finde. Dr. Barrise schlägt ähnliche Untersuchungen an anderen Orten vor, um den Wert der Higginsschen Arbeit besser zu würdigen. Dr. Orr ist über die hohen Higginsschen Zahlen erstaunt. In Strewsbury fand er bei 150 Scharlachfällen kein Mal Diphtheriebazillen, obwohl er bei jeder Angine Proben entnimmt und nicht bloß einmal, sondern wiederholt. Dr. Reid glaubt, daß, wenn auch die Bazillen vorkamen, es sich doch bei Higgins nicht um klinische Diphtherie handelte; daß also nur eine Gefahr für andere bei der Entlassung bestehe. Dr. Mc. Crindle hatte nur selten bakteriologische Diphtheriebazillen bei Scharlach nachweisen können; wenn je, müsse ein Kontrakt mit Diphtherie bestanden haben. Dr. Tangye: Wenn Diphtheriebazillen für die Return cases bei Scharlach verantwortlich wären, sei es doch auffällig, warum nicht ebenso viele sekundäre Diphtheriefälle zur Aufnahme gelangten. Dr. Beazeley, leitender Arzt eines der Birminghamer Hospitals, bezweifelt, ob es sich um die echten Diphtheriebazillen bei den Higginsschen Untersuchungen gehandelt habe. Dr. Bostock Hill: Von Diphtherie sah er in Warrickshire vor kurzem 78 Einzelfälle in überfüllten Häusern, sekundäre Fälle traten nicht auf. Unter bestimmten Verhältnissen hat Diphtherie wenig Tendenz, die Krankheit bei anderen zu erzeugen. Dr. Higgins (Schlußwort) gibt zu, daß seine Bazillen für Meerschweinchen zwar virulent seien, daß sie aber für den Menschen nicht unbedingt virulent sein müssen.

Dr. Mayer-Simmern.

Besprechungen.

Prof. Dr. Schönwerth, K. Oberstabsarzt: **Chirurgisches Vademekum für den praktischen Arzt.** Verlag von J. F. Lehmann. München 1911. Kl. 8°; 167 Seiten.

Verfasser hat sich eine schwierige Aufgabe gestellt, die er aber vortrefflich zu lösen verstanden hat. Er gibt ein Vademekum nicht nur für die gebräuchlichsten, sondern auch für seltener vorkommende Operationen heraus, aus dem sich der Arzt, dem die einzelnen Handgriffe bei der Operation nicht immer geläufig sind, in wenigen Minuten mit deren Ausführung vertraut machen kann. Oft wird dem untersuchenden Arzt, wenn er vorher in das leicht handliche Büchelchen einen Blick geworfen hat, das Stellen der Diagnose erleichtert werden; vor allem aber wird er durch diese Schrift aufmerksam gemacht werden auf die vielen Nebenverletzungen, die leider recht häufig übersehen werden und dann oft von den nachteiligsten Folgen begleitet sein können. Die vielen Abbildungen endlich, die Verfasser der Abhandlung beigibt, werden so manchem die Ausführung der Operation erleichtern.

Dr. R. Thomalla-Altena-Lüdenscheid.

Dr. med. Schultz: Haut, Haare, Nägel, ihre Pflege, ihre Krankheiten und deren Heilung nebst einen Anhang über Kosmetik. 5. Auflage; neu bearbeitet von Dr. med. E. Vollmer, Kgl. Kreisarzt und Spezialarzt für Hautkrankheiten zu Bad Kreuznach. Mit 50 in den Text gedruckten Abbildungen. Leipzig 1912. Verlag von J. J. Weber. 160 S., Preis: 2,50 M.

Das Büchlein ist nicht bloß für den Laien lesenswert, sondern bietet auch dem Arzt manches Interessante, da es auf exakt wissenschaftlicher Grundlage beruht. Mit besonderer Liebe sind die Abschnitte bearbeitet, welche Gebiete behandeln, auf denen E. Vollmer selbst wissenschaftlich tätig war, so Milzbrand (cf. diese Zeitschrift, 1910, Nr. 8), Pemphigus, Lupus, die Balneotherapie der Hautkrankheiten, die kosmetischen Mittel, die auch vom sanitätspolizeilichen Standpunkt gewürdigt werden.

Die große Zahl der bisher erschienenen Auflagen beweist, daß das Buch sich seinen Weg gebahnt hat. Dr. Mayer-Simmern.

Tagesnachrichten.

Die schon seit Jahren in Aussicht gestellte **Neuregelung des Verkehrs mit Milch** ist jetzt für Preußen durch Ministerial-Erlaß vom 26. Juli 1912 erfolgt. Die darin niedergelegten Grundsätze sollen künftig hier als Unterlage für den Erlaß von Polizeiverordnungen dienen, dabei jedoch den örtlichen und sonst in Betracht kommenden Verhältnissen Rechnung getragen werden. Insbesondere soll aber bei den Vorschriften über die Beschaffenheit der Milch nicht einseitig das Hauptgewicht auf den Fettgehalt, sondern auch auf reinliche Gewinnung der Milch, Erhaltung ihrer Frische, Beschaffenheit und Bezeichnung der Gefäße usw. gelegt werden. Besonderer Wert wird auf eine fortlaufende und gründliche Beaufsichtigung des Milchverkehrs unter Mitwirkung der beamteten Aerzte, Tierärzte und Nahrungsmitteluntersuchungsanstalten, sowie auf Belehrung der Milchproduzenten und Milchkonsumenten über die richtige Gewinnung und Behandlung der Milch gelegt. Wir werden den Erlaß in der Beilage zur nächsten Nummer der Zeitschrift zum Abdruck bringen.

Pockenerkrankungen in Frankfurt. Der Impfgegner Dr. Spohr in Frankfurt, der, wie wir in Nr. 14 dieser Zeitschrift S. 543 berichteten, an Pocken erkrankt und sowohl seine eigene Erkrankung, als die seines Kindes verheimlicht hatte, ist wegen Uebertretung des Seuchengesetzes zunächst zu 100 Mark Geldstrafe bestraft worden. In einem Rundschreiben an seine Freunde und Kranken, in der er seine unverantwortliche Handlungsweise zu entschuldigen sucht, heißt es wörtlich:

„Da ich aus guten Gründen keine Lust hatte, mich ins Krankenhaus stecken zu lassen, so ließ ich auch diesen Fall nicht anzeigen. Wohl aber traf ich alle Maßregeln, um einer Weiterverbreitung der Krankheit vorzubeugen. Ich sandte meine Kinder zu Verwandten und isolierte mich vollkommen mit meiner mich pflegenden Frau. Nur Herr Dr. Bachem hat mich im Mai einige Male besucht und sich stets danach gründlich desinfiziert."

In einer der Kölnischen Zeitung aus Frankfurt a. M. zugegangenen und in Nr. 876 vom 5. August veröffentlichten Zuschrift heißt es hierzu sehr richtig: „Herr Dr. Spohr wird nicht viele finden, die in diesen Sätzen eine Entschuldigung für das Vorgehen eines Arztes erblicken können. Man kann sogar eher sagen, daß er durch diese Begründung sein Vergehen gegen ein Reichsgesetz vergrößert. Nicht etwa deshalb, weil er etwa die gesetzlichen Vorschriften für zwecklos oder übertrieben gehalten hat, sondern allein aus seinen persönlichen Interessen heraus hat er ein ganzes Stadtviertel in die Gefahr gebracht, durch Blattern verseucht zu werden. Weil der Herr Dr. Spohr, der Arzt, „keine Lust hatte, sich ins Krankenhaus stecken zu lassen," bleiben die wichtigen Bestimmungen des Reichsseuchengesetzes, die die Nachbarn eines derartigen Ansteckungsherdes schützen sollen, außer Anwendung! . . . . Daß Dr. Spohrs Schutzmaßregeln tatsächlich unwirksam waren, geht aus der Art der Krankheitsverbreitung hervor. Keinesfalls durfte er aber so sehr die Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege seinen eigenen Interessen unterordnen, wie er es getan hat."

Uns scheint, als ob die Bestrafung des Dr. Spohr mit einer Geldstrafe

mit Rücksicht auf sein ganzes Verhalten doch außerordentlich gering sei. Nach Zeitungsnachrichten scheint auch die Staatsanwaltschaft derselben Ansicht zu sein und das Strafverfahren gegen ihn wegen Verletzung des § 327 Str.-G.-B. eingeleitet zu haben, der bekanntlich die wissentliche Verletzung der Absperrungs- oder Aufsichtsmaßregeln, die von der zuständigen Behörde zur Verhütung der Verbreitung einer ansteckenden Krankheit angeordnet worden sind, mit Gefängnis bis zu zwei Jahren, und wenn infolgedessen ein Mensch von der ansteckenden Krankheit ergriffen worden ist, mit Gefängnisstrafe von drei Monaten bis zu drei Jahren bestraft. Daß in dem vorliegenden Falle aber eine solche wissentliche Verletzung vorliegt, darüber dürfte wohl kein Zweifel sein; gerade die Entschuldigungsgründe des Dr. Spohr geben den besten Beweis dafür. Auch der Beweis, daß die Mehrzahl der späteren Erkrankungen auf die absichtliche Verletzung der vorgeschriebenen Maßregeln zurückzuführen ist, dürfte nicht schwer zu führen sein.

In Dortmund ist kürzlich ebenfalls ein Kind an Pocken erkrankt, das von dem Vater, einen prinzipiellen Impfgegner, bisher der Impfung entzogen war.

Der unberechtigten und rücksichtslosen Agitation der Impfgegner mit Hilfe der Presse scheint man übrigens jetzt von Seiten der Zentralinstanz auf gleichem Wege mehr als bisher entgegentreten zu wollen, ein Vorgehen, das nur mit Freuden begrüßt werden kann. So bringt die Berliner Korrespondenz vom 6. d. Mts. einen auch in allen größeren politischen Blättern abgedruckten offiziösen Artikel, in dem die Haltlosigkeit der von den Impfgegnern aufgestellten Behauptungen über vermeintliche Impfschädigungen an verschiedenen amtlich untersuchten Fällen nachgewiesen wird. Von den hier mitgeteilten Fällen sei besonders einer hervorgehoben, wo ein Kind nach der Impfung angeblich die Sehkraft auf einen Auge ganz, auf dem anderen zum größten Teile verloren haben sollte, während die amtliche Feststellung ergab, daß die Augenerkrankung auf angeborene Lues, herrührend von dem impfgegnerischen Vater, zurückzuführen war.

Am 6. d. Mts. hat das langjährige Mitglied des Medizinalkollegiums der Provinz Hessen-Nassau, Geh. Med.-Rat Dr. **Krause** in Kassel, unter reger Anteilnahme seitens seiner Kollegen, der Behörden und der Bürgerschaft sein **fünfzigjähriges Berufsjubiläum** in großer körperlicher und geistiger Rüstigkeit gefeiert. Der Oberpräsident der Provinz Hessen-Nassau überreichte dem Jubilar in Anerkennung seiner dem Staate und der medizinischen Wissenschaft geleisteten Dienste den Kronenorden II. Klasse, die medizinische Fakultät der Universität hatte mehrere Vertreter entsandt, um ihm das erneuerte Doktordiplom zu überreichen. Von allen Seiten, namentlich von seinen Kollegen, liefen die herzlichsten Glückwünsche ein, den wir uns aus vollstem Herzen anschließen. Mögen dem Jubilar noch recht viele Jahre in gleicher körperlicher und geistiger Frische vergönnt sein!

Vom 20. bis 22. September d. J. findet in Hamburg der **X. Deutsche Samaritertag** statt. Die Tagesordnung ist wie folgt festgesetzt: Freitag, den 20. September, nachmittags 5 Uhr: Sitzung des Hauptausschusses der Deutschen Gesellschaft für Samariter- und Rettungshauses; nachmittags 1/27 Uhr: Gemeinsame Sitzung des Hauptausschusses und des Ortsausschusses und im Anschluß daran Begrüßungsabend im Curiohause (Rothenbaumstr. 13/15). — Sonnabend, den 21. September, im großen Saale des Vorlesungsgebäudes in der Eduard Siemensallee: I. Begrüßung. II. Verhandlungen: 1. Dr. Sannemann, Physikus und Stadtarzt in Hamburg: Ueber Organisation des Verletzten- und Krankentransportes im Hamburger Hafen; 2. Prof. Dr. jur. Wörner, Dozent an der Handelshochschule in Leipzig: Die reichsgesetzliche Unfallverhütung des Rettungsdienstes; — 3. Landesgewerbearzt Dr. Koelsch-München: Ueber den Inhalt eines Verbandkastens für die Erste Hilfe. (Eine Ausstellung von Samariter-Verbandkasten und Anweisungen für die erste Hilfe befindet sich im Versammlungslokal). III. Geschäftssitzung. — Nachmittags 6 Uhr: Festtafel mit Damen im Zoologischen Garten (Gedeck: 5 M. — Sonntag, den 22. September, vormittags 10 Uhr: Vorführung des Wagenparks des Hamburger Krankentransportwesens auf dem Rathausmarkt. Hieran anschließend 10 1/2 Uhr: Fahrt mit der Hochbahn nach den St. Pauli Landungsbrücken und

Hafenrundfahrt und Besichtigung eines Ozeandampfers. Nachmittags 2 Uhr: Elbfahrt nach Schulau und zurück nach Blankenese.

Der **III. Deutsche Kongreß für Säuglingsfürsorge und die Mitglieder-Versammlung der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz** findet vom 20. bis 22. September d. J. in Darmstadt statt.

Tagesordnung:

Freitag, den 20. September, abends 8 Uhr: Zwangloser Empfangsabend im Hotel „Zur Traube". — Sonnabend, den 21. September, vormittags 10 Uhr: Im großen Saal des Städtischen Saalbaues: 1. Eröffnung des Kongresses und Begrüßungsansprachen. 2. Einheitliche Organisation der Ausbildung von Säuglingspflegerinnen. Referenten: Professor Dr. Langstein-Berlin, Privatdozent Dr. Ibrahim-München. 3. Säuglingspflege als Lehrgegenstand in den Unterrichtsansalten für die weibliche Jugend. Referenten: Dr. Rosenhaupt-Frankfurt a. M., Geheimrat Gürtler-Berlin. — Nachmittags 3 Uhr: Zwangloses Mittagessen im Restaurant des Städtischen Saalbaues; hierauf 4½ Uhr: Besichtigung von Darmstädter Fürsorge-Einrichtungen. — Abends 8 Uhr: Festvorstellung im Großherzoglichen Hoftheater. (Anzug: Frack.) — Sonntag, den 22. September, vormittags 10 Uhr: 1. Berufsvormundschaft, Pflegekinderaufsicht und Mutterberatungsstelle. Referenten: Geheimrat Dr. Taube-Leipzig, Bürgermeister Mueller-Darmstadt. — 2. Gesetzliche Regelung des Krippenwesens in Deutschland. Referenten: Oberarzt Dr. Rott-Berlin, Hofrat Meier-München, Regierungsassessor Freiherr v. Wilmowski-Berlin. — Vormittags 4 Uhr: Besichtigung der Ausstellung „Der Mensch". Vorführungen im Ausstellungskinematographen. — Abends 6 Uhr: Empfang der Kongreßmitglieder durch die Stadt Darmstadt. Festessen im Städtischen Saalbau. (Anzug: Frack.) — Montag, den 23. September, vormittags: Bei genügender Beteiligung und gutem Wetter Rheinfahrt auf einem Rheindampfer nach Bingen und zurück oder Ausflug nach Jugenheim an der Bergstraße. (Eine Liste liegt im Kongreßbüro aus). — Anfragen sind zu richten an den Schriftführer der Deutschen Vereinigung, Oberarzt Dr. Rott, Charlottenburg.

Zur Errichtung von **Fortbildungskursen für Apotheker** hat sich jetzt in Preußen ein **Haupt-Ausschuß** mit dem Sitze in Berlin gebildet, der beabsichtigt, die wissenschaftliche Fortbildung der Apotheker durch Vorträge und namentlich durch Kurse zu fördern. Die Fortbildungskurse sollen insbesondere dazu dienen, die Teilnehmer mit den Fortschritten in der Untersuchung und Beurteilung von Arzneimitteln, von Nahrungs- und Genußmitteln, in der Methodik physiologischer und biologischer, sowie toxikologischer Prüfungen durch Vorträge und in praktischen Uebungen bekannt zu machen. Von Teilnehmern werden Beiträge nur soweit erhoben, als es zur Deckung der sächlichen Unkosten und sonstigen baren Auslagen erforderlich ist. Es sollen außerdem die Bildung von Ortsvereinigungen zwecks Veranstaltung von Vorträgen und Kursen angeregt werden. Der Haupt-Ausschuß besteht aus Ehrenmitgliedern und 14 Mitgliedern, zu denen je ein Mitglied vom Minister des Innern, dem Kultusminister, dem Apothekerkammer-Ausschuß, dem Deutschen Apotheker-Verein, der Deutschen Pharmazeutischen Gesellschaft, dem Verband Deutscher Apotheker und dem Berliner Apotheker-Verein abgeordnet wird, und aus deren Mitte auf die Dauer von 6 Jahren der Vorsitzende und zwei Stellvertreter gewählt werden. Zur Erledigung der geschäftlichen Angelegenheiten wird ein Geschäftsführer bestellt. Den Ehrenvorsitz im Haupt-Ausschusse hat Herr Min.-Direktor Prof. Dr. Kirchner angenommen. Zum Vorsitzenden ist der Direktor des Pharmazeutischen Universitätsinstituts, Prof. Dr. Thoms, zum Geschäftsführer Dr. Anselmino, beide in Berlin, gewählt. Vom Minister des Innern ist Geh. Med.-Rat Froelich, vom Kultusminister Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Professor Dr. Elster in den Haupt-Ausschuß als Vertreter entsandt. In der ersten, am 22. Juni d. J. im Sitzungssaal des Ministeriums des Innern abgehaltenen Sitzung des Haupt-Ausschusses ist bereits ein Plan für die im Laufe des nächsten Wintersemesters in Berlin abzuhaltenden Vorträge und Kurse festgelegt. Die hierzu erforderlichen Mittel sind von dem Apothekerverein und von privater Seite zur Verfügung gestellt; auch vom Minister des Innern wird eine Beihilfe von 500 M. gewährt.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten sind in der Zeit vom 30. Juni bis 27. Juli 1912 erkrankt (gestorben) an: Rückfallfieber, Pest, Cholera, Gelbfieber, Tollwut, Fleckfieber: — (—); Aussatz: — (—), — (—), — (—), 1 (—); Pocken: 4 (—), 3 (—), — (1), 1 (1); Milzbrand: 4 (—), 1 (—), 4 (1), 4 (1); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 3 (—), — (—), 8 (—), 1 (—); Unterleibstyphus: 298 (24), 225 (26), 287 (29), 316 (22); Paratyphus: 3 (—), — (—), — (—), — (—); Ruhr: — (—), 4 (—), 6 (1), 22 (1); Diphtherie: 1043 (44), 943 (50), 995 (64), 972 (58); Scharlach: 947 (61), 992 (32), 950 (47), 958 (43); Kindbettfieber: 70 (22), 64 (11), 82 (23), 77 (22); übertragbarer Genickstarre: 6 (1), 4 (2), 4 (4), 1 (1); Trichinose: — (—), — (—), — (—), 1 (—); Fleisch- usw. Vergiftung: 31 (1), 22 (—), 21 (—), 1 (—); spinaler Kinderlähmung: 3 (—), 4 (—), 5 (1), 3 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 238, 389, 418, 131; Tuberkulose (gestorben): 671, 765, 746, 713.

Pest. In Aegypten sind in den Wochen vom 6. Juli bis 2. August im ganzen nur noch 22 Personen an der Pest erkrankt und davon 8 gestorben. Auch in Britisch Indien ist die Seuche im Erlöschen begriffen; denn die Zahl der Erkrankungen (Todesfälle) betrug in den Wochen vom 23. Juni bis 6. Juli nur noch 817 (251) und 368 (260). Dagegen hat in Hongkong in den Wochen vom 23. Juni bis 6. Juli eine geringe Zunahme der Seuche stattgefunden: 142 Erkrankungen und 118 Todesfälle gegen 127 (99) in der Vorwoche.

Erklärung.

Ueber meinen Aufsatz „Die Reichsversicherung und ihre Einwirkung auf das Apothekerwesen" in Nr. 14 und 15 dieser Zeitschrift sind in der pharmazeutischen und medizinischen Presse eine Anzahl von Besprechungen erschienen, bezw. angekündigt, auf die ich, so weit sie sachlicher Natur sind, in einer der nächsten Nummern dieser Zeitschrift antworten werde.

Außerdem aber hat der Apothekenbesitzer Dr. Salzmann-Berlin als Vorsitzender des Deutschen Apothekervereins in Nr. 66 der Apothekerzeitung gegen mich eine Erklärung veröffentlicht, die in ihrem zweiten Teile fast nichts weiter enthält als Beleidigungen und deshalb vom Herausgeber dieser Zeitschrift hier nicht zum Abdruck gebracht worden ist[1]). Ich bin daher gezwungen gegen den Herrn Dr. Salzmann und den verantwortlichen Redakteur der Apothekerzeitung die Beleidigungsklage anzustrengen.

Es muß mit den Argumenten meiner Gegner doch recht schwach bestellt sein, daß sie zu solchen Mitteln greifen; das Wort der Juno taucht in der Erinnerung auf: „Ich habe recht, Zeus, denn du rasest!"

Dr. Springfeld-Osnabrück.

---

[1]) Die Erklärung war dem Herausgeber zur Veröffentlichung in dieser Zeitschrift zugeschickt, ihr Abdruck aber mit Rücksicht darauf, daß sie in ihrem zweiten Teile keine tatsächlichen Angaben, sondern lediglich persönliche und z. T. beleidigende Auslassungen gegen den Verfasser enthielt, abgelehnt worden.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 17. Ausgegeben am 5. September 1912.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,

Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 17.
und Beilage: Berichte aus Versammlungen: V.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dem Kreisarzt Med.-Rat Dr. Schroeder und dem ordentl. Prof. Dr. Franz in Berlin sowie dem Prof. Dr. Beneke in Halle a. S.; — als Geheimer Sanitätsrat: den San.-Räten Dr. Max Philippi und Dr. Werner in Berlin, Dr. Franz Böhler, Dr. Hans Genzmer, Dr. Eger und Dr. Graefner in Charlottenburg, Dr. Richter, Direktor der städt. Irrenanstalt in Buch, Kr. Niederbarnim, Dr. Dallmann in Fürstenwalde, Dr. Tschaschel in Sorau, Dr. Otto, Oberarzt der städt. Irrenanstalt Herzberge bei Berlin, Dr. Kortum, Oberarzt der städt. Irrenanstalt in Daldorf, Kr. Niederbarnim und Dr. Kuhn in Bad Kudowa, Dr. Schraub in Magdeburg, Dr. Caesar in Halberstadt, Dr. Boschheidgen in Mörs, Dr. Clouth in Wiesbaden, Dr. Grell in Fehrbellin, Dr. Hafemann in Wollin, Dr. Heider in Cöln a. Rh., Dr. Raabe in Fulda, Dr. Schulte-Herbrüggen in Borbeck, Dr. Schultz in Dirschau, Dr. Dr. Schweitzer in Aachen und Dr. Zimmermann in Harburg; — als Sanitätsrat: den Aerzten Dr. Rud. Wahrendorff in Ilten, Dr. Wunderwald in Weißenfels, Dr. Schmitz, Leiter der Pflegeanstalt in Altscherbitz, dem Oberarzt der Landesheilanstalt Dr. Großmann in Nietleben, Dr. Acker in Düren, Dr. Arfsten und Dr. Lau in Elmshorn, Dr. Axt in Memel, Dr. Herm. Bähr, Dr. Dommer, Dr. Lennartz und Dr. Sober in Hannover, Dr. Baumert in Ludwigsdorf, Dr. Bermann in Gleiwitz, Dr. Bielschowski, Dr. Dienstfertig, Dr. Hugo Köbner, Dr. Oskar König, Dr. Siegfr. Kohn, Dr. O. Kutznitzky und Dr. Aug. Wolff in Breslau, Georg Biesendahl in Schönewalde, Dr. Böhm in Beuthen (O.-Schl.), Böse in Schurgast, Dr. Boß in Falkenberg i. Schl., Dr. Buß, Dr. Lamprecht und Dr. K. Schwarz in Stettin, Dr. Josef Claßen und Dr. Longard in Aachen, Dr. Denks in Memel, Dr. Dudenhöffer in Wiesbaden, Dr. Eggers in Marne, Dr. Esmarch und Dr. Mörck in

Flensburg, Dr. Alb. Ettlinger, Dr. Siegm. Eulau und Dr. Bernh. Fürst in Frankfurt a. M., Dr. Wilh. Fließ, Dr. Max Kirstein, Dr. Emil Schantz u. Dr. Wilh. Stern in Berlin, Dr. Frey in Unter-Teutschenthal, Dr. Frobenius in Eckardtsheim b. Bielefeld, Dr. Gabriel in Gottesberg, Dr. Gaczkowski, Dr. Kuhn und Dr. Schuchardt in Halle a. S., Dr. Gaßmann in Fritzlar, Dr. Grün in Ohligs, Dr. Gutjahr in Naumburg a. S., Dr. Hermann in in Koblenz, Dr. Siegfr. Herrmann in Charlottenburg, Dr. Hirsch und Dr. Heinr. Müller in Lüneburg, Dr. Jul. Hünten, Dr. Joh. Prior, Dr. Karl Rumpff und Dr. Otto Schmidt in Cöln, Dr. Huth in Iserlohn, Dr. Jahn in Ellenberg, Dr. Juhl in Norburg, Dr. Juretzka in Zauditz, Dr. Kallmann in Neumarkt i. Schl., Dr. Kellendonk in Mechernich, Dr. Kohlschein in Borbeck, Dr. Krumbholz in Osnabrück, Dr. Landsberg in Landeck i. Schl., Dr. Limpricht in Lauban, Dr. Loose in Hamborn, Dr. Lütkens in Pinneberg, Dr. Müller in Ujest, Dr. Herm. Müller in Hilchenbach, Dr. Papendieck in Braunsberg, Dr. Petermann in Dortmund, Dr. Gust. Petersen in Düsseldorf, Dr. Ramm in Uetersen, Dr. Stehr in Essen a. Ruhr, Dr. Stolzenburg in Slawentzitz, Dr. Heinr. Tewes in Paderborn, Dr. Uptadel in Pölitz, Dr. Verweyen in Calcar, Dr. Welg in Honnef, Dr. Wentz in Gadderbaum bei Bielefeld und Dr. Westerhoff in Honnef, Dr. Ullrich in Forst, Dr. Hartung und Dr. Alex. Lewy in Frankfurt a. O., Dr. Fähndrich in Fürstenwalde, Dr. Schoemann in Altdöbern, Kr. Kalau, Dr. Katschinsky in Letschin, Dr. Bodenstein in Lippehne, Dr. Rich. Schultze in Fürstenwalde und Dr. Weinbaum in Küstrin; — das Prädikat als Professor: den Privatdozenten Dr. Hoffmann, Oberarzt an der chirurgischen Universitätsklinik in Greifswald, Dr. Creite, Oberarzt an der chirurgischen Universitätsklinik in Göttingen und Dr. Friedr. Meyer in Berlin; — der Rote Adlerorden II. Klasse mit Eichenlaub: dem Geh. Med.-Rat Dr. Hoeffel, Kreisarzt in Buchsweiler; — der Rote Adlerorden III. Kl. mit der Schleife: dem Geh. San.-Rat Dr. Fincke in Halberstadt und dem San.-Rat Dr. Blumenthal in Berlin; — der Rote Adlerorden IV. Kl.:

dem Geh. Med.-Rat Dr. Straßmann, Gerichtsarzt in Berlin, den Kreisärzten Med.-Räten Dr. Kornalewski in Delitzsch, Dr. Herms in Burg, Dr. Hoffmann, Gerichtsarzt in Berlin, Dr. Günther in Krossen, Dr. König in Soldin, Dr. Ploch in Frankfurt a. O. und Dr. Wiese in Spremberg, Geh. Med.-Rat Dr. Oberst, Chefarzt des Krankenhauses Bergmannstrost in Halle a. S., Geh. San.-Räten Dr. Wutzer und Dr. Fraenkel, Direktor des städt. Krankenhauses am Urban in Berlin, Dr. Günther in Luckenwalde, den San.-Räten Dr. Deutschlaender und Dr. Glaser in Frankfurt a. O., Dr. Huth in Prenzlau, Dr. Jacoby in Friedrichshagen, Dr. Paul Meyer in Berlin, Dr. Buch und Dr. Müller in Halberstadt, sowie Dr. Schneider in Magdeburg, Prof. Dr. Finkelstein, Oberarzt am städt. Waisenhause in Berlin, Dr. Kluge, Chefarzt der Prov.-Anstalt für Epileptische in Potsdam, den Aerzten Dr. Herzau in Halle a. S. und Dr. Sepp in Magdeburg; — der Kronenorden III. Kl.: dem Kreisarzt Geh. Med.-Rat Dr. Fielitz und dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Fraenken in Halle a. S. sowie dem Geh. San.-Rat Drr. Paetz, Direktor der Landesheilanstalt in Altscherbitz, Geh. San.-Rat Dr. Hausmann in Potsdam; — die Rote Kreuz-Medaille III. Kl.: dem prakt. Arzt Dr. Helmcke in Vohwinkel; — die Rettungsmedaile am Bande: dem Arzt Dr. Meyer in Berlin-Wilmersdorf.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung: des Ritterkreuzes I. Kl. mit der Krone des Königl Sächsischen Albrechtsordens: dem ordentl. Prof. Geh. Med.-Rat Dr. Neisser in Breslau; des Persischen Löwen- und Sonnenordens III. Klasse: dem Privatdozenten Prof. Dr. Paul Straßmann in Berlin; des Fürstlich Lippischen Leopoldsordens III. Klasse: dem außerordl. Prof. Dr. Bickel in Berlin; der Königl. Bayerischen Prinz-Regent-Luitpold-Medaille in Bronze am Bande der Jubiläumsmedaille: dem Oberarzt in der Nervenheilanstalt Roderbirken Dr. Kauert in Leichlingen; des Ritterkreuzes I. Klasse des Herzogl. Sachsen-Ernestinischen Hausordens: dem Privatdozenten und I. Assistenten an der Univers.-Frauenklinik Dr. Gauß

in Freiburg i. Br.; des Kaiserlich Russischen St. Stanislausordens II. Klasse: Geh. Reg.-Rat Dr. Weber, Direktor im Kaiserlichen Gesundheitsamte in Berlin.

Ernannt: Dr. Hutt, Assistent am hygienischen Institut der Universität Bonn zum Kreisassistenzarzt unter einstweiliger Ueberweisung an den Kreisarzt in Zell a. d. Mosel; Prof. Dr. Schlittenheim in Erlangen zum ordentlichen Professor und Direktor der medizinischen Klinik in Königsberg i. Pr.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Franz in Heinrichswalde als ständiger Hilfsarbeiter an die Königl. Regierung in Oppeln.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Sunkel, Kreisarzt a. D. in Bielefeld (früher in Hanau), Ob.-Med.-Rat Dr. Overlach in Charlottenburg, San.-Rat Dr. Weidling in Halberstadt, Geh. San.-Rat Dr. Fuckel, Kreiswundarzt a. D. in Schmalkaden, Dr. Niessing in Hoyerswerda, Dr. Schlichthaus in Alpen (Reg.-Bez. Düsseldorf), Dr. Sdralek in Neustadt in Oberschlesien, San.-Rat Dr. Zuckermann aus Crefeld in Heidelberg, San.-Rat Dr. Meyer in Rietberg (Reg.-Bez. Minden).

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel und Rang eines außerordentlichen Professors: dem Privatdozenten Dr. Jussuf Ibrahim, Dr. Hübner, Dr. W. Lohmann und Dr. Brasch in München, Dr. Ackermann in Würzburg.

Ernannt: Die praktischen Aerzte Dr. Kilian Ruß in Würzburg zum Landgerichtsarzt in Hof, Dr. Adolf Heinsen in Augsburg zum Landgerichtsarzt in Augsburg, Dr. Isidor Dreyfuß in Kaiserslautern zum Landgerichts- und Bezirksarzt in Frankenthal; zum Mitglied des Kreismedizinalausschusses von Oberfranken der Landgerichtsarzt Dr. Max Miller in Bayreuth, von Niederbayern der Bezirksarzt Dr. Emanuel Weber in Kelheim; a. o. Prof. Dr. Lubosch in Jena zum Prorektor am anatomischen Institut der Universität Würzburg; Prof. Dr. v. Romberg in Tübingen zum ordentlichen Professor und Direktor an der medizinischen Klinik in München.

Versetzt: Die Bezirksärzte Dr. August Schütz in Vilsbiburg nach Straubing, Dr. Karl Schub in Wegscheid nach Vilshofen, Dr. Alfred Aschenbrenner in Gerolzhofen nach Weißenburg i. B.

In den Ruhestand getreten: Die Bezirksärzte Med.-Rat Dr. Hermann

in Germersheim und Dr. Beyer in Cham, dieser unter Verleihung des Titel und Ranges eines Medizinalrats.

Gestorben: Bezirksarzt a. D. und Med.-Rat Dr. Lochner in Nürnberg, Generalarzt a. D. Dr. H. Wagner und Dr. Quaglio in München.

Königreich Sachsen.

Gestorben: Stabsarzt Gerhardt Flade in Dresden.

Königreich Württemberg.

Ernannt: Der außerordentliche Professor Dr. Müller in Tübingen zum ordentlichen Professor und Direktor der medizinischen Klinik daselbst.

Grossherzogtum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel und Rang eines außerordentlichen Professors: dem Privatdozenten Dr. Fischler in Heidelberg.

Ernannt: Die nicht etatsmäßigen außerordentlichen Professoren Dr. Morawitz und Dr. Herrenknecht in Freiburg i. Breisg. zu etatsmäßigen außerordentlichen Professoren; Med.-Rat Dr. Oster, Anstaltsazt an der Heil- und Pflegeanstalt bei Illenau zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz; a. o. Professor Dr. Keibel in Freiburg i. Breisg. zum ordentlichen Honorarprofessor.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dem Prof. Dr. Kobert in Rostock; — als Geheimer Sanitätsrat: dem San.-Rat Dr. Sorge in Königsee (Thüringen); — als Sanitätsrat: den Aerzten Dr. Möller in Rudolstadt und Dr. Kohn in Schernberg (Schwarzburg-Sondershausen); — das Prädikat Professor. dem Oberarzt Dr. Pabst am städtischen Krankenhause in Arnstadt.

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Die Bezirksarztstellen in **Cham, Germersheim, Gerolzhofen, Vilsbiburg** und **Wegscheid** sind zu besetzen. Meldefrist: 10. September.

25. Jahrg. Zeitschrift 1912.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. k. u. k. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.
Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie all. Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 17.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Sept.

Zur Kommunalisierung der Arzneiversorgung nach Durchführung der Reichsversicherung.

Von Dr. **Springfeld**, Reg.- und Geh. Med.-Rat in Osnabrück.

Ueber meinen Aufsatz „Die Reichsversicherung und ihre Einwirkung auf das Apothekenwesen“ in Nr. 14 und 15 dieser Zeitschrift hat sich in der pharmazeutischen und in der Drogistenpresse eine recht erregte Debatte entsponnen. Da man beim besten Willen keine Gründe gegen meine Vorschläge aufzutreiben wußte, so wurden die einen persönlich, grob und beleidigend, die anderen rückten Nebensächlichkeiten geschickt in den Vordergrund und gingen um die Hauptsache herum wie die Katze um den heißen Brei.

Repliken sind ebenso langweilig zu lesen wie zu schreiben; deshalb will ich hier nur auf diejenigen sachlichen Bemängelungen eingehen, die auch für den Medizinalbeamten von Interesse sind.

1. Der Zusammenhang zwischen Reichs-Versicherungs-Ordnung und Apothekengründungen und Apothekenreform. Zunächst hat man die Ueberschrift meines Artikels bemängelt und behauptet, die Reichsversicherung habe mit meinen Vorschlägen gar nichts zu tun. Dieser Einwand ist ganz nebensächlich; denn meine Vorschläge könnten

doch beachtenswert sein, auch wenn der Einwand begründet wäre. Er ist aber falsch. Ich habe behauptet:

a) Die durch die Reichs-Versicherungsordnung geschaffene Umsatzsteigerung wird von den Privilegienbesitzern zu dem achtfachen des Umsatzes verkauft werden, zu neuer Verschuldung der Besitzer, weiterer Erhöhung der Taxe und weiterer Herabsetzung der Schnelligkeit und Sicherheit im Arzneiverkehr führen, wenn das dem geltenden Recht nicht entsprechende Verfahren der Apothekenvermehrung nicht reformiert wird.

b) Die Millionen, die die Kommunen und Provinzen nach Durchführung der Reichs-Versicherungsordnung an die Apotheken abzuführen haben, bieten die Möglichkeit einer notwendigen, gründlichen Reform der durch und durch zerfahrenen Arzneiversorgung auf dem Wege der Kommunalisierung und Enteignung der Apotheken.

Die pharmazeutische Presse leugnet jede Umsatzsteigerung. Ich bleibe bei meiner Behauptung, die sich auf statistischen Erhebungen bei zahlreichen Gründungen von Apotheken und Ermittelung der Konsumenten der alten Apotheken getrennt nach Kassenmitgliedern und Selbstzahlern gründet. Ueberall habe ich den Arzneikonsum der Kassenmitglieder mindestens doppelt so hoch gefunden, als denjenigen der übrigen Bevölkerung. Die Tatsache, daß ein Teil der neuen Kassenmitglieder bislang schon auf Kosten ihrer Arbeitgeber freie Arznei bezogen, ist bei der Bemessung von 2 M. pro Kopf bereits berücksichtigt. Ob der Apotheker Rabatt geben muß oder nicht, ist für mein Beweisthema völlig gleichgültig; denn die Apotheken stehen ja schon seit Jahren mit und ohne Rabatt zum achtfachen des Umsatzes. Durch Zusatz des Wortes „ca." habe ich dokumentiert, daß ich Schätzungen gebe; endlich erscheint es mir auch ganz irrelevant, ob man die neuen Schulden, die die Apotheker zu kontrahieren im Begriff stehen, auf 400 Millionen schätzt oder nur auf 380 Millionen.

Die Pharmazeutische Zeitung schreibt:

„Die Höhe der Zinsen der Idealwerte ist sicher auf die Höhe der Arzneitaxe ohne Einfluß. Eine Beziehung zwischen diesen beiden Faktoren, die in umgekehrtem Sinne schon Brefeld irrtümlicherweise angenommen hatte, besteht nicht. Dies ergibt sich schon daraus, daß in Ländern mit Niederlassungsfreiheit die Arzneipreise keineswegs niedriger, oft sogar höher sind."

Aus den Preisen in Ausländern mit Niederlassungsfreiheit ergibt sich zunächst gar nichts für die Gründe der Preissteigerung im Inlande mit gemischter Konzessions- und Privilegienwirtschaft. Wenn die 20 Millionen Schulden-Jahreszinsen nicht von den Konsumenten bezahlt werden, so frage ich, wer sie bezahlt — die Besitzer? Jedenfalls würden doch die in einem Jahre gelieferten Medikamente um 20 Millionen Mark billiger geliefert werden können, wenn die Schulden nicht da wären. Wie man diesen Zusammenhang leugnen kann, ist mir unerfindlich.

2. Der Medizinalbeamte und die Apothekenbeaufsichtigung. Sobald ein Medizinalbeamter über die

Arzneiversorgung eine Ansicht geäußert hat, die geeignet ist, das Anwachsen der Idealwerte zu hindern, hat der jeweilige Vorsitzende des Apothekervereins scheinbar die Aufgabe, ihn für einen befangenen Ignoranten zu erklären. Nach Ansicht der Pharmazeuten muß nämlich „der Arzt aus der Apothekenaufsicht heraus". — Es sollte unter der Würde eines preußischen Medizinalbeamten liegen, die von Sp. geschilderten Apotheken zu beaufsichtigen (Salzmann). — Also spricht auch Herr Korpsstabsapotheker a. D. Dr. Salzmann mir jede Sachkunde, Unparteilichkeit und Wissenschaftlichkeit ab. Man sehe sich aber nur den hohen, lahmen Gaul an, auf den er sich dabei gesetzt hat, wenn er schreibt:

„Die Auslassungen des Herrn Springfeld zeigen durchweg, daß ihm zu einem Beurteilen von Apothekenverhältnissen Sachkenntnis und Unbefangenheit fehlen, und daß er trotz seines Amtes und seines Titels als Autorität hierfür nicht in Betracht kommt. Seine Darstellung, die nicht einmal als sachkundige und gerechte, geschweige denn als wissenschaftliche anzusprechen ist, gibt ein Zerrbild schlimmster Art, daß den Apothekerstand im Inlande und Auslande herabsetzen muß."

Jeder Unbeteiligte muß aus diesen Worten entnehmen, daß Herr Dr. Salzmann auf dem in Frage stehenden Gebiete eine Erfahrung besitzt, die diejenige eines älteren Medizinalbeamten weit in Schatten stellt. Wie verhält sich aber die Sache in Wirklichkeit? Ich schrieb über die Handhabung des Gesetzes betr. die Apothekenvermehrung und den Einfluß der Privilegienwirtschaft auf den Apothekenbetrieb. Dazu glaubte ich legitimiert zu sein durch meine Erfahrungen, die ich in den letzten zwei Jahrzehnten gesammelt habe. Ich bin seit fast 22 Jahren Medizinalbeamter, habe ein Jahr hindurch eine Hausapotheke mit ca. 200 Mitteln verwaltet, und bearbeitete seit dem Jahre 1894 an den Regierungen zu Berlin, Arnsberg, Königsberg und Osnabrück die Arzneiversorgungssachen und die Prüfungen der Apothekerlehrlinge. Ich habe ca. 1000 Revisionen in allen Teilen der Monarchie ausgeführt und mehr als 250 Apothekenprojekte behandelt. Ich müßte wirklich ein Trottel sein, wenn ich noch nicht hinter die Geheimnisse der Pharmazie gekommen wäre. Herr Salzmann ist von 1882—1898, wenn ich nicht irre, als Militärapotheker dem pharmazeutischen Gewerbebetriebe entfremdet gewesen und hat dann eine Konzession in Wilmersdorf erhalten. Mit dem Apothekengründungsgesetz ist Herr Salzmann seit dem wohl nicht einmal passiv in Berührung gekommen, und die hinteren Räume der Apotheken wird er auch als Vorsitzender des Apothekervereins kaum haben besichtigen können. Woher also seine überragende Sachkunde stammt, ist mir hiernach ebenso unklar, wie seine Legitimation, über den wissenschaftlichen Charakter meiner Arbeit zu urteilen.

Geradezu komisch wirkt aus seinem Munde der Vorwurf der Befangenheit. Wenn ein Personalkonzessionar mutig für die Verkäuflichkeit und neue Verschuldung aller Konzessionen eintritt, sich gegen die Vermehrung der Apotheken und für Erhöhung der Taxe erklärt, so nennt man dies eine objektive

Stellungnahme. Wenn ein Medizinalbeamter ohne das geringste finanzielle oder sonstige Interesse an der Sache mit dem pharmazeutischen Nachwuchs das Recht auf selbständige Arbeit geltend macht, die Apotheken vor weiteren Schulden bewahren will, für die Bevölkerung gegen die progressive unerträgliche Steigerung der Arzneipreise Verwahrung einlegt und den Aerzten die Möglichkeit einer rationellen Chemotherapie verschaffen möchte, so muß er als befangen und als Standesfeind gebrandmarkt werden. Die Liebe zur Realkonzession macht auch noch begriffsblind!

Glücklicherweise haben nicht alle Vorsitzenden des Apothekervereins diese Ansicht geteilt. Vielleicht der klügste aller Vorsitzenden, wenn auch nicht auf dem Gebiete der Diplomatie, war Karl Schacht, der vor ca. 40 Jahren den Röstelschen Entwurf auf Einführung der Personalkonzession inspirierte. Schacht hat, wie auch seinen Nachfolgern nicht unbekannt geblieben sein dürfte, für den unheilvollen Einfluß der Privilegien auf den Apothekenbetrieb ebenso scharfe Worte gesprochen, wie ich, und hat mir ja auch im Jahre 1896 für meine Broschüre „Zur Entwicklungsgeschichte der Apothekenreform" das gesamte Material zur Verfügung gestellt.

Und liest denn der Herr Vorsitzende nicht die Auslassungen der Konzessionsanwärter, in deren Organen? Die Gehilfen, die in allen Winkeln der Apotheken Bescheid wissen müssen, haben sie nicht die Folgezustände dieses Systems noch viel drastischer dargestellt, als ich?

Pistor, der frühere Dezernent für Apothekenwesen im Ministerium, nennt in seinem Werk „Das Gesundheitswesen in Preußen", Bd. 1, S. 521, den Handel mit neu konzessionierten Apotheken „Schacher", und der Minister Bosse führte im Hause der Abgeordneten, 34. Sitzung, 4. März 1895, S. 1117 Sten. Bericht wörtlich aus:

„Ich habe von dem ersten Augenblick an, wo ich in das Medizinalministerium eingetreten bin, gerade diesen ungelösten Zustand der Apothekenfrage vorgefunden und mein Augenmerk darauf gerichtet, eine verständige Ordnung hineinzubringen gegenüber der geradezu himmelschreienden Unordnung, die durch den Apothekenschacher eingetreten war (sehr richtig!) und, meine Herren, zum großen Teil durch die Schuld der Apotheker.

Der Herr Abgeordnete Böttinger hat gemeint, die Apotheker selbst perhorreszierten diesen Zustand. Gewiß, es gibt auch verständige Apotheker, die das einsehen, daß dieser Mißbrauch, der mit der Hinaufschraubung der Idealwerte getrieben wird, schließlich den ganzen Stand ruiniert.

Aber, meine Herren, diejenigen, die die Gewinne bei den großen Idealwerten einstreichen, sind keine Gegner der Idealwerte; im Gegenteil, die schreien fortwährend in den Zeitungen über den Medizinalminister, der ohne Zuziehung von besitzenden Apothekern die Personalkonzession einführen will. Meine Herren, dies Geschrei läßt mich gegenüber den Uebelständen, denen ich Abhilfe schaffen muß, ganz kalt.

Auch der Wunsch des Herrn Abgeordneten Böttinger, doch vorsichtig zu sein in bezug auf die Umwandlung der schon bestehenden Konzessionen in reine Personalkonzessionen, ist gewiß ein ganz berechtigter. Es ist uns vollkommen klar, in welchem Umfange Kreditverhältnisse nicht bloß der Apotheker, sondern auch ihrer Gläubiger in Mitleidenschaft gezogen werden, wenn man hier einschneidende Maßregeln trifft. Aber das ist zunächst doch Sache der

Reichsgesetzgebung; die Dinge befinden sich jetzt zwischen dem Reiche und den einzelnen Bundesstaaten in Erwägung. Dabei wird auch erwogen werden, wie man diesen Uebelständen entgegentreten kann.

Eins ist hierbei noch gar nicht erwähnt, was dabei doch sehr wohl in Betracht gezogen werden kann, ob nicht die Apotheker selbst in der Lage sind, durch genossenschaftliche Hilfe eine Ablösung dieser alten Realberechtigungen herbeizuführen, wie es ja in anderen Ländern bekanntlich auch schon geschehen ist.

Endlich, meine Herren, bezüglich der Frage, ob es zweckmäßig ist, im Medizinalministerium einen förmlichen vortragenden Rat als pharmazeutischen Dezernenten einzustellen, bin ich im allgemeinen ein Gegner dieser Förderung. Ich glaube, daß ein richtiger Mediziner, der Praktiker, Kreisphysikus war, sehr wohl imstande ist, diese Dinge zu beurteilen. Und da es sich hierbei sehr stark um Erwerbsinteressen handelt, so glaube ich im allgemeinen, daß der Mediziner diese Dinge objektiver beurteilt als ein Apotheker; denn immerhin, ich müßte einen Apotheker nehmen, der entweder noch mitten im Erwerbsleben steht, oder wenigstens einen solchen, der selbst eine Apotheke hätte oder gehabt hätte; daß der unter allen Umständen ein objektives Urteil geben sollte, glaube ich nicht."

Ach nein, Herr Dr. Salzmann, mit Beleidigungen, Grobheit und Verfehmung (cf. Seels Beschuldigungen gegen Salzmann in der unten zitierten Arbeit) hat noch niemand den Lauf der Wahrheit gehemmt, und Sie werden es auch nicht können.

Gerade ein solcher Versuch aber, die „berufenen Sachverständigen" auf dem Gebiete des Apothekenwesens einzuschüchtern und mundtot zu machen, beweist aufs neue wie recht der Minister Bosse hatte, wenn er die Beaufsichtigung der Apotheken durch unbefangene Aerzte für dringend notwendig erklärte, ja er legt den Gedanken nahe, die Revisionskommission durch pharmakologisch-ärztliche Spezialisten zu verstärken.

3. Der Gesetzentwurf, betreffend die Apothekenvermehrung, hat zu meiner Freude nur bei den Drogisten Widerspruch gefunden, ein Zeichen, daß er im Interesse des Apothekerstandes liegt. Die Pharmazeutische Zeitung erblickt in meinem Vorschlage das Neue darin, daß fortan Apotheken nicht nur im Interesse der Konsumenten gegründet werden sollen, sondern auch um die Preise in den bestehenden Apotheken herabzusetzen. Sie ist erstaunt darüber, daß ich, wie Pistor, durch Neugründungen Apothekenpreise herabdrücken will und schreibt:

„Kostet eine Apotheke 7 . 30000 = 210000 M., so würde sie, wenn eine Neukonzession ihren Umsatz um jährlich 5000 M. verringert hätte, nur noch 7 . 25000 = 175000 M. kosten; trotzdem hätte der Besitzer auch nicht um ein Jota billiger, als vor der Ausschreibung der neuen Konzession gekauft."

Stimmt, nämlich in beiden Fällen zum siebenfachen des Umsatzes. Wenn aber die Neukonzession nicht rechtzeitig angekündigt und durchgesetzt wäre, so hätte der Besitzer 7 . 30000 = 210000 M. bezahlt und 7 . 5000 = 35000 M. zuviel. Durch die Neugründung ist verhütet worden, daß aus der Apotheke 1750 M. Jahreszinsen für den Apothekenrentner auf dem Wege des Raubbaus herausgewirtschaftet werden müssen und außerdem ist Platz für eine neue Existenz geschaffen worden. Durch die Neugründung ist also verhütet, daß der Käufer an

Stelle des siebenfachen des Umsatzes das achteinhalbfache zahlte, und somit die „relative Höhe der Apothekenpreise“ beeinflußt.

Das Neue meiner Vorschläge liegt aber gar nicht in der Preisregulierung, sondern darin, daß das alte Gesetz, das die Niederlassungsfreiheit nicht weiter beschränken wollte, als es die Lebensfähigkeit ansässiger Apotheken verlangte, klarer formuliert wird, daß dem Bedürfnis der Konzessionsanwärter auf Vermehrung von Apotheken in einem Antragsrecht entsprochen wird, und vor allem, daß die Handhabung dieses Gesetzes in die Hände eines unabhängigen Richters gelegt wird, der imstande ist, durch eidliche Vernehmungen die Richtigkeit der zahlreichen Behauptungen zu prüfen, die die Apothekenbesitzer gegen jede neue Konzession aufzustellen belieben. Der Vorschlag gibt den Konzessionsanwärtern ein klagbares, wenn auch beschränktes Recht auf Niederlassung und selbständige Arbeit; er schaltet alle Zufälligkeiten der Verwaltung völlig aus, verlegt die Neubesetzung der Apothekenstellen von den Bezirksinstanzen in die Zentralinstanz und ermöglicht damit die Aufstellung und Veröffentlichung einer einheitlichen Anciennitätsliste der Bewerber.

4. Die Kommunalisierung der Arzneiversorgung. In den Kreisen der Konzessionsanwärter hat man es befremdlich gefunden, daß ich auf die Mängel hingewiesen habe, die dem gewerblichen System der unveräußerlichen Personalkonzession anhaften, und die Anhänger des Privilegiensystems haben jedes meiner Worte dick unterstrichen, so daß der Anschein erweckt wird, als sei ich für ihr System zu haben. Davon ist natürlich nicht die Rede; solange eine Ablösung der Schulden nicht möglich ist, muß natürlich durch Herausgabe zahlreicher unveräußerlicher Konzessionen für den armen Teil der Pharmazeuten gesorgt werden.

Was mich indes dem gewerblichen Charakter des Apothekenwesens abhold werden ließ, das ist, abgesehen von den mitgeteilten Erfahrungen, besonders der Umstand, daß ja mit jedem Tage mehr nicht eine Apothekenreform, sondern eine Reform der gesamten Arzneiversorgung notwendig geworden ist. Hierauf hat bereits Rapmund vor 6 Jahren hingewiesen und mit intuitiven Blick die Kreisapotheke in Vorschlag gebracht.

Die Arzneiversorgung liegt heute im wesentlichen in den Händen der sogen. pharmazeutisch-chemischen Fabriken, die die Beschaffung der Arzneirohstoffe, deren Verarbeitung zu Arzneimitteln und die Formgebung, Dosierung, Abfassung und Verpackung der letzteren bis zum hermetischen Verschlusse — Originalpackung — an sich gezogen haben und in den letzten Jahrzehnten meist ohne Hilfe pharmakologisch gebildeter Aerzte eine Unzahl neuer Heilmittel oder alter Rezepte unter neuer Form und neuem Namen auf den Markt geworfen haben. Von hier aus wandern die Medikamente in Großdrogerien, die sie den Abgabestellen, den Apotheken und Drogerien, übermitteln.

Aus diesen Tatsachen ergibt sich, daß, wer dafür sorgen

will, daß die Arzneimittel einwandfrei und ohne Verwechselung, billig und schnell in die Hände der Konsumenten gelangen, sein Augenmerk nicht allein auf eine Form der Abgabestellen, die Apotheken, zu richten hat, sondern auf den ganzen, oftmals recht verschlungenen und langen Weg, den die Ware von der Produktionsstelle bis zum Konsumenten zurückzulegen hat.

Unser mehr als 100 Jahre alter und deshalb etwas rückständiger pharmazeutischer Gesetzgeber unterwirft aber der Aufsicht (Konzession und Revision) nur die Abgabestellen; er ähnelt hierin dem Manne, der die Förderungsbrunnen einer Wasserleitung ohne Aufsicht läßt, dagegen das Wasser aller Zapfhahnstellen untersucht. Dies ist nicht wunderbar; denn früher war jede Apotheke eine Produktionsstätte. Einer Erklärung bedarf nur die Tatsache, daß man immer noch daran festhält, daß jede Abgabestelle die Verantwortung für alle Waren tragen muß, und daß dementsprechend auch in ihr die Nachprüfung der Waren zu erfolgen hat. Theoretisch scheint dieser Grundsatz ja das Ideal der Aufsicht zu verbürgen, in die Praxis läßt er sich aber leider nicht mehr übersetzen. Einem recht großen Teil der Besitzer verkäuflicher Apotheken ist es wegen der Verschuldung ihres Geschäftes nicht mehr möglich, die zur Untersuchung der Waren nötige Zeit, bezw. das dazu notwendige Personal zu erübrigen. Wenn ein Apotheker 18000 Mark Umsatz und womöglich noch ein Nebengeschäft ohne Gehilfen zu erledigen hat, so wird seine Zeit vollständig von der Bedienung der Kundschaft in Anspruch genommen. Ein anderer Teil der Besitzer hat nicht mehr die chemischen Kenntnisse, die zur Ausführung der Untersuchungen erforderlich sind. Endlich aber kann auch der klügste und gewissenhafteste Apotheker für die dosierten Mittel, Pillen, Kapseln, Stäbchen, Tabletten, für die galenischen Präparate, für die Pflaster, Mittel, mit denen man doch heute schon den gesamten Arzneibedarf jedes Arztes decken könnte, irgend welche Verantwortung nicht übernehmen. Dies ist von Apothekern, Besitzer und Gehilfen, von namhaften Pharmakologen, wie Heubner u. a. so oft widerspruchslos behauptet worden, daß es wohl als eine unumstößliche Tatsache angesehen werden kann. Der Zustand, in dem Untersuchungsapparate und Reagentien bei den Revisionen in der Regel angetroffen werden, bestätigt auch den Mangel regelmäßiger und ausreichender Untersuchungen; denn ein so traumverlorenes Möbel, wie den Reagentienschrank, gibt es in der Mehrzahl der von mir besuchten Apotheken nur noch in dem Mörser der Stoßkammer. Ob also alle Medikamente den Ansprüchen des Arzneibuches genügen, darüber kann der Besitzer häufig nichts aussagen; und die alle drei Jahre wiederkehrende, doch nur Stunden dauernde Untersuchung des pharmazeutischen Revisors natürlich erst recht nicht. Daß diesem Mangel abgeholfen werden könnte durch Zurückverlegung der Produktion in die Apotheken, halte ich für ausgeschlossen, weil die verschuldeten Apotheken das zur Produktion notwendige

Personal nicht bezahlen können und weil die fabrikmäßige Herstellung der Waren bessere und billigere Resultate liefern kann als die Einzeldarstellung. Es besteht ja ein Erlaß, der das Halten bestimmter Tabletten auf Vorrat verbietet. Seitdem sieht man funkelnagelneue Modelle von Tablettenmaschinen in allen Apotheken, aber Tabletten werden damit in der Regel nicht hergestellt. Es ist also eine Fiktion, daß der Apotheker mit der Behörde an jeder pharmazeutischen Abgabestelle eine Gewähr für die Identität und richtige Dosierung der Medikamente übernehmen könnte. Weshalb an dieser Fiktion festgehalten wird, ist nur für denjenigen leicht ersichtlich, der weiß, daß die Apotheken mit 400 Millionen Schulden belastet sind und daß die Zinsen dieser Schulden nicht würden bezahlt werden können, wenn man das Apothekenmonopol nicht auch auf Arzneimittel und Formen erstreckte, die aus sanitären Gründen sonst freigegeben werden könnten.

Eine Reform, die sich auf die Apotheken beschränkt und die Drogisten und Fabrikantenfrage nicht gehörig berücksichtigt, wäre ganz zwecklos; denn sie würde nicht verhindern können, daß diese beiden Konkurrenten im Bunde mit den Krankenkassen, den Haupt- und Massenkonsumenten, die Apotheken-Monopolfrage zu einer Lösung bringen, die den Privilegienbesitzern recht wenig angenehm sein dürften.

Am leichtesten ist den Drogisten der Einbruch in das Apothekenmonopol gemacht, denn die Kaiserl. Verfügung, die die Arbeitsgebiete der beiden Arzneiabgabestellen — Apotheken und Drogerien — absteckt, ist ganz undurchführbar und wird es solange bleiben, als noch andere als sanitäre Gesichtspunkte ihre Redaktion beeinflussen.

Die Apothekerzeitung hat den Mut der Undankbarkeit zu schreiben:

„Für den mangelnden Schutz der Apotheker gegenüber dem ungesetzmäßigen Wettbewerb anderer Arzneimittelhändler ist die ganz ungenügende Beaufsichtigung des Arzneimittelverkehrs außerhalb der Apotheken, die zu einer völligen Durchlöcherung der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen geführt hat, verantwortlich zu machen."

Dem gegenüber darf doch festgestellt werden, daß seit dem Jahre 1895, wo der „Apothekerfeind" Pistor die gesetzliche Möglichkeit schuf, Drogisten den Gewerbebetrieb aus § 35 der R.-G.-O. zu untersagen, kein Gebiet der Medizinalpolizei dermaßen von den Kreisärzten kultiviert ist, wie die Ueberwachung des Verkehrs mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken; man darf nur von Beamten, die vier akademische Examina gemacht haben, nicht verlangen, daß sie als medizinalpolizeiliche Detektivs regelmäßige Durchsuchungen vornehmen; man verlangt dies ja auch nicht von den gleichgestellten Landräten. Es ist auch leicht nachzuprüfen, daß die Drogenrevisionen nicht nur häufiger, sondern weit strenger und weniger diskret gehandhabt worden sind, als die Apothekenrevisonen — die kreisärztlichen Musterungen der Apotheken, die „nur im allgemeinen" vorgenommen werden dürfen, sind nicht mitzuzählen — und daß, wenn

man nach Apothekenrevisionen gerade so oft mit dem § 367,5 zum Kadi liefe wie nach Drogerierevisionen mit dem § 367,3, die Revisionsresultate hüben wie drüben gleich wären. Ich selbst habe 6 Jahre hindurch am Berliner Polizeipräsidium das größte Drogistendezernat verwaltet, Apotheker und Drogisten haben mir, „die einen mit ihrer Liebe, die anderen mit ihren Haß“ bescheinigt, daß die Aufsicht an Gründlichkeit und Sachkunde nichts zu wünschen übrig gelassen habe; allein selbst in Berlin ist es nicht möglich gewesen, die Verordnung durchzuführen.

Die Mängel der Handhabung sind also keinesfalls Schuld an der Undurchführbarkeit. Dafür gibt es andere Gründe.

Zunächst ist die Fassung der Kaiserl. Verordnung derartig, daß selbst der gutwilligste Drogist ohne juristisch-pharmakologisches Spezialstudium und ohne Benutzung von mindestens 3 Kommentaren nicht ungestraft durchs Leben gehen kann. (Nachweis cf. meine Arbeit: „Die Rechte und Pflichten der Drogisten“; Berlin, Richard Schoetz. — Kronecker; 1912, Deutsche Juristenzeitung.) Derartige Gesetze verfallen stets dem Schicksal der Undurchführbarkeit, zumal, wenn man das „Studium“ der Drogisten nicht einmal gern sieht.

Dieses Schicksal teilen auch alle Gesetze, die vom Richter als egoistische, d. h. zu Gunsten einer privilegierten Klasse erlassen und ungerecht empfunden werden. In einer Zivilklage, die ein Apotheker gegen einen Drogisten auf Unterlassung seiner Uebertretungen der Kaiserl. Verordnung angestrengt hatte, entschied das Reichsgericht am 28. September 1911 ablehnend:

„Indessen muß für den gegebenen Fall dem Berufsgerichte darin zugestimmt werden, daß die, wenn selbst beharrliche Zuwiderhandlung gegen jene Verbotsgesetze lediglich nach ihrer gewerbepolizeilichen Seite — ihre gesundheitspolizeiliche kommt für den Anspruch des Klägers nicht in Frage — nach der allgemeinen sittlichen Volksanschauung als gegen das Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden verstoßend nicht erachtend werden kann, und es darf hierbei darauf hingewiesen werden, daß die allenthalben vorkommenden Zuwiderhandlungen der Drogenhändler gegen die bezeichneten Gesetze vorwiegend darin ihren Grund haben, daß ein großer Teil des Publikums die Drogenhandlungen als billigere Bezugsquellen vor den Apotheken bevorzugt und in ihren Geschäften auch seinen Bedarf an Arzneimitteln und Arzneistoffen, soweit solche im Handverkaufe zu haben sind, zu decken sucht, so daß wohl gesagt werden kann, daß die gesetzliche Grenzregulierung zwischen den Apothekern und dem freien Gewerbebetrieb mit den Anschauungen und Bedürfnissen des Publikums nicht schlechthin im Einklang steht.“ (Vergl. Kronecker in der Deutschen Juristenztg.; 1912, S. 188, 190).

Noch viel entschiedener nimmt natürlich das Publikum aus demselben Grunde für die Drogisten Partei. Im Zeitalter der Hygiene scheut es kein Geldopfer für seine Gesundheit, aber im Zeitalter der Nahrungsmittelteuerung hat es keine Lust, sich an der Verzinsung der ständig wachsenden Apothekerschulden zu beteiligen und bisweilen noch obendrein hochmütig behandeln zu lassen.

Die Selbsthilfe ist den Apothekern ganz und gar verschlossen, da die Drogisten auf eine Anzeige aus § 367,3 des R.-St.-G.-B. mit drei Anzeigen aus § 367,5 ibid. zu antworten

pflegen und da die Apotheker gerade so oft gegen den § 457 A.L.R. wie die Drogisten gegen den § 456 ibid. sündigen.

Dies sind die Gründe, warum die Kaiserl. Verordnung undurchführbar ist und bleiben wird.

Nun haben Medizinalbeamte vorgeschlagen, in der Kaiserl. Verordnung nicht die Apotheken-Monopolmittel aufzuzählen, sondern diejenigen, die Freigut sein sollen, und haben diesen Vorschlag mit dem Wortlaut der Gewerbeordnung begründet, der ja lautet: „wird bestimmt, welche Apothekerwaren dem freien Verkehr überlassen sind." Praktisch würde dieser Vorschlag auf eine erhebliche Erweiterung des Apothekermonopols gegenüber dem jetzigen Zustande hinauslaufen, der sich sanitätspolizeilich kaum rechtfertigen ließe und medizinalpolizeilich nur zu neuen Schulden führen wird. In den Drogerien ist seit 1871 ein so erhebliches Kapital investiert, daß seine Erschütterung dieselbe Wirkung haben wird, wie die Aufhebung der Verkäuflichkeit der Realkonzessionen. Man muß dabei auch bedenken, daß der Stand der Medizinaldrogisten in den letzten 20 Jahren in achtunggebietender Art an sich selbst gearbeitet hat und daß er durchaus nicht etwa aus denselben Elementen besteht wie die Kurpfuscher. Ca. 2000 Drogerien sind in den Händen von approbierten Apothekern, sicher ebenso viel in den Händen von Personen, die die Reife für Obersekunda erworben haben; auch der Rest bildet einen hochgeachteten, z. T. reichen, jedenfalls überaus geschäftsgewandten Teil des Mittelstandes, der sich ohne sanitäre Gründe von der Arzneiversorgung nicht mehr wird ausschalten lassen. Was im Jahre 1871 noch möglich war, die positive Fassung der Kaiserl. Verordnung, ist heute nicht mehr möglich.

Mit dieser Drogistenfrage weiß keines der gewerblichen Systeme etwas anzufangen, während die Rapmundsche Kreis- und meine Provinzialapotheke die Frage einfach löst, denn für diese sind die Drogerien was für die Post die Agenturen sind, einer allmählichen Freigabe des Handverkaufs steht mit fortschreitender Zinstilgung nichts im Wege und die Einführung des von mir bereits im Jahre 1896 (cf. diese Zeitschrift) vorgeschlagenen Befähigungsnachweises ist geradezu ein Erfordernis.

Die pharmazeutisch-chemische Industrie läßt sich natürlich noch viel weniger ignorieren. Sie ist außerordentlich kapitalkräftig, einflußreich und von den klügsten Männern geleitet. Die pharmakologische und pharmazeutische Wissenschaft verdanken ihr fast alle wesentlichen Fortschritte der letzten Jahrzehnte; jedenfalls ruht die Sicherheit des Arzneiverkehrs in ihren Händen und nicht in den Händen der Apotheker. Aber unleugbare Mißstände wird man trotzdem auf diesem Gebiete der Arzneiversorgung zugeben müssen. Ganz abgesehen davon, daß es eine ganze Reihe sogenannter Fabriken gibt, die nicht kapitalkräftig und nicht zuverlässig sind, ist es auf die Dauer doch wohl unerträglich, daß die behördliche Arzneitaxe lediglich ein durch die Schulden der Apotheker vergrößertes Multiplum der

von den Fabriken diktierten Preise ist, daß die dosierten Arzneiformen ohne Datum der Herstellung und Namen des Herstellers in die Abgabestellen wandern, daß die pharmakologischen Abteilungen der Fabriken nicht unter Leitung eines spezialistisch vorgebildeten Arztes stehen, daß die neuen Mittel nicht von einer unabhängigen Stelle vor ihrer Einfuhr geprüft und die alten nicht auf Zusammensetzung, Gehalt und Wirksamkeit regelmäßig chemisch und physiologisch-pharmakologisch untersucht werden [1]), daß den neuen Mitteln oft Wirkungen zugeschrieben werden, die sie noch nicht gezeigt haben, endlich, daß die Produktion von Neuheiten eine geradezu beängstigende — Sintflut nach Rabow — ist und in ihrer Fülle schon die Oberflächlichkeit beweist. Dieser Zustand erklärt im Verein mit den Zuständen in den Apotheken vollkommen den chemotherapeutischen Nihilismus der Aerzte und die Erfolge der Naturheilkunde. Die Reaktionen der Apotheker gegen die Umklammerung durch die Großindustrie haben die Sachlage nicht gebessert. Die Apotheker haben nämlich die Produktion und den Handel mit Spezialitäten selbst in die Hand genommen und kämpfen mit „Halbspezialitäten" und „Contrefacons" (Heubner). „Die Bestandteile der Halbspezialitäten werden von einem Vertreter des wissenschaftlichen Vereins Deutscher Apotheker, des Gegenvereins des D. A. V., einzeln und in abgewogener Menge den Apothekern geliefert, die diese Einzelbestandteile dann nur noch zu mischen und zur „letzten Aufmachung" fertig zu machen haben, so daß die Vollspezialität dann als Eigenpräparat (?) des Apothekers in den Handel kommen könne. Dieser soll dadurch in Stand gesetzt sein, die Verantwortung für die richtige Zusammensetzung dieser Spezialitäten zu übernehmen; daß dies in Wirklichkeit unmöglich oder doch nur unter großem Verlust für den betr. Apotheker möglich ist, hat neuerdings Michels durch genaue Berechnung nachgewiesen und entsprechend beleuchtet, wie es um die ganze Angelegenheit bestellt ist. Seel a. a. O.

Die zahlreichen Unterschiebungen teurer Originalpräparate durch billige Ersatzprodukte, wodurch von den betr. Apothekern nicht nur das Warenzeichengesetz, sondern auch die Apotkekenbetriebsvorschriften verletzt werden, sind schon verschiedentlich in der Literatur gegeißelt worden, so z. B. von Diehl, Stephan, Richemann, Hübner, Seel, Heubner, Rathenau, Winkel, Jungclausen, Goldmann, Lewin u. a. m. Die Pharmazeutische Zeitung schrieb, „das Beste ist es, die ganze Substitutionspraxis zu unterlassen." Diehl glaubte, daß der Gebrauch in Apotheken statt des verordneten Originalpräparates ohne weiteres irgend ein Ersatz-

[1]) Vrgl. den recht lesenswerten, von den Apothekern natürlich in Grund und Boden verdammten Aufsatz des Apothekers Seel: „Prüfungs- und Auskunftsstellen für Arzneimittel" in der Augustnummer der Therapeut. Monatshefte dieses Jahres, sowie Heubners Arbeit, ibid. Seite 192: „Allerlei Heilmittel Unheil".

präparat zu verabreichen, während einer Periode des Mißverständnisses nach Einführung des Arzneibuches vorübergehend gehandhabt worden sei. Nach Goldmann ist aber schon vor dieser Zeit (1910) wacker substituirt worden; denn es wurden an Stelle des rezeptmäßig verordneten bezw. im Handverkaufe verlangten Aspirins abgegeben:

im Jahre 1907:	Acethylsalicylsäure	in 55,7	Proz.	aller Fälle
„ 1908:	„	„ 61,7	„	„
„ 1909:	„	„ 58,2	„	„
„ 1910:	„	„ 67,3	„	„
„ 1911 einschl. Mai do.		„ 31,2	„	„

insgesamt in 2074 Fällen wurde 1133 mal substituiert, d. h. insgesamt in 54,6 Proz. aller Fälle.

Daran waren nicht nur die am meisten interessierten Apothekenbesitzer, sondern auch Gehilfen und sogar Lehrlinge beteiligt; ein netter Ausblick für die Zukunft[1]).

Auf meine Veröffentlichung in der Zeitschrift für angewandte Chemie teilte mir ein Apotheker mehrere selbsterlebte Vertrauensbrüche mit und schrieb dabei von einer Apotheke u. a.: „Substitutionen waren natürlich an der Tagesordnung." In dieses Gebiet der Substitutionen dürfte größtenteils die nach der Pharm. Ztg.; 1912, Nr. 4, S. 461, geradezu ungeheure Menge von Belastungsmaterial für Uebertretungen der Apotheker gehören, das der Verband der chemischen Großindustrie in Händen hat und der Regierung auf Anfordern wohl auch zur Kenntnisnahme überlassen wird." Seel a. a. O.

Auch diese Fabrikantenfrage weiß das gewerbliche System nur nach dem System der Gewaltkuren zu heilen, während die Provinzapotheke in ihren Laboratorien die Möglichkeit der Kontrolle und ausreichenden Konkurrenz für die Fabriken schafft, ohne diese blühende Industrie zu vernichten.

Hiernach sollte man meinen, daß der Apothekerstand die durch die Reichsversicherungsordnung gebotene günstige Gelegenheit zur Sanierung seiner Verhältnisse ergreifen müßte, wenn nicht sehr triftige Gründe dagegen sprächen. Man wendet gegen meine Provinzapotheke aber lediglich ein:

1) Die Idee sei sozialistisch. Dies ist nicht wahr, denn im Mittelalter gab es Kommunalapotheken, aber noch keine Sozialistenpartei. Mehr Sozialdemokraten wie die Privilegienwirtschaft wird die Kommunalisierung wohl nicht erzeugen.

2) Die Idee sei unausführbar, weil es ein Novum wäre, „ein kaufmännisches Gewerbe mit zahlreichen einzelnen, an sich selbst nicht notwendig von einander abhängenden Betriebsstätten zu kommunalisieren" (Pharm. Ztg.). Falsch, denn in Ländern mit Tabaksmonopol hat man ja den Zigarrenhandel verstaatlicht und der Novitätencharakter der Idee spricht doch nicht gegen die Durchführbarkeit.

3. Die Apotheken hätten Nebengeschäfte; diese können

[1]) Vergl. auch Ebert: „Apotheken und Großindustrie" im Zentralblatt f. Pharm.; 1912.

die Provinz aus Rücksicht auf die Drogisten nicht übernehmen, ihr Wegfall würde die Finanzierung des Projektes gefährden. Die Umwandlung der Apotheken in reine Medizinalgeschäfte ist ein Vorteil des Projektes und gefährdet die Finanzierung nicht im geringsten.

Endlich aber sagt man und dies ist des Pudels Kern: „Alle Schäden der Arzneiversorgung können geheilt werden, wenn die Konzessionen in Privilegien verwandelt werden.“ Läßt man die Verkäuflichkeit der ca. 800 neuen Konzessionen à 20000 M. Umsatz zu, so entstehen sofort M. 800 . 20000 . 8 = 128 Millionen neuer Schulden! Similia similibus!

Wenn die Sache so weiter geht, werden die Kassen dem Schnapsboykott einen Pillenboykott an die Seite setzen, und der Mittelstand wird sich der Naturheilkunde oder der Homöopathie zuwenden, weil er den Apotheker nicht mehr bezahlen kann.

Neomalthusianismus und das königl. bayerische Statistische Landesamt.

Von Med.-Rat Dr. Graßl-Kempten.

In Heft 2 und 3 der Zeitschrift des königl. bayerischen Statistischen Landesamtes 1912, redigiert von Dr. Friedrich Zahn, königl. Ministerialrat, ist die Säuglingsfürsorge in den Jahren 1908, 1909, 1910 in Bayern behandelt. Auf Seite 283 heißt es:

„Allerdings ist die Geburtenhäufigkeit in Bayern relativ hoch.

Zahl der Geborenen im Jahre 1909

	überhaupt:	auf 1000 Einwohner:
Bayern	227 226	33,4
Preußen	1 287 182	32,6
Sachsen	141 480	29,7
Württemberg .	77 002	32,2
Baden	66 719	31,4
Hessen	37 463	29,3
Deutsches Reich	2 038 357	31,9

Aber der Volksfreund kann sich darüber wenig freuen, weil eben viele dieser Werte bei der hohen Säuglingssterblichkeit zwecklos erzeugt, vorzeitig wieder vernichtet werden.

Hohe Geburtenhäufigkeit steht nämlich mit hoher Säuglingssterblichkeit in enger Wechselbeziehung; „Massengeburten provozieren Massensterbefälle von Säuglingen, Massensterbefälle von solchen provozieren ihrerseits weitere neue Massenerzeugungen“ (Georg v. Mayr, Verhandlungen des III. Internationalen Kongresses für Säuglingsschutz in Berlin 1911). Bewirkt doch häufiges Gebären oft dauernden Schwächezustand der Mutter, namentlich wenn die Entbindungen so rasch aufeinanderfolgen, daß die neue Schwangerschaft der Mutter keine Zeit läßt, sich von den Anstrengungen der letzten Niederkunft zu erholen. Dabei kommt erfahrungsgemäß die Nachkommenschaft mehr oder minder lebensuntüchtig zur Welt und leidet gewöhnlich unter den Mangel der natürlichen Ernährung an der Mutterbrust. Die hohe Geburtsziffer wird in solchem Zusammenhang — weil auf Ueberproduktion, auf Raubbau am Volkskörper, an der Volkskraft beruhend — zu einem recht fraglichen Gut. Sie verschlechtert die Konstitution der Bevölkerung und stellt schließlich die Fortdauer der Generation und der Rasse, sowie die wirtschaftliche und militärische Leistungsfähigkeit der Bevölkerung in Frage. Uebrigens geht auch in Bayern die Geburtenhäufigkeit zurück, in der Stadt wie auf dem Lande.“

Auf 1000 Einwohner der mittleren Bevölkerung treffen Geborene:

	in den Städten:	auf dem Lande:	überhaupt:
1876:	39,8	45,1	44,2
1880:	35,4	40,8	39,8
1885:	32,6	39,6	38,2
1890:	33,7	36,8	36,1
1895:	34,7	38,1	37,2
1900:	37,0	38,2	37,0
1905:	31,9	37,3	35,7
1906:	31,9	37,0	35,5
1907:	30,6	36,4	34,7
1908:	29,9	36,6	34,6
1909:	28,2	35,7	33,0
1910:	26,9	34,8	32,4

Das königl. bayerische statistische Landesamt nimmt die Gründe gegen die hohen Geburtsziffern teils aus der Anthropologie, teils aus der Ethnologie. Wie weit die Befunde, namentlich im ersten Teil, von naturwissenschaftlich durchgebildeten Aerzten beraten waren, läßt sich nicht genau erkennen; ein medizinalstatistisch tätiger Arzt, Dr. Groth, ist als Mitverfasser erwähnt. Dr. Groth, der Mitverfasser der Abhandlung „Die Säuglingsverhältnisse in Bayern" (München 1910. Zeitschrift des königl. bayerischen statistischen Landesamtes; Heft 1, Jahrgang 1910) schreibt aber auf Seite 24:

„Aus alledem geht aber hervor, daß der Satz von dem gesetzmäßigen Zusammenhang von Geburtenhäufigkeit und Säuglingssterblichkeit, wie er aus dem häufigen Parallelismus zwischen beiden entstanden ist, in der Art, wie er aufgestellt wurde, einer strengen Kritik, die auf die Grundsätze der Bevölkerungslehre sich stützt, nicht standhalten kann und daß die Beziehungen zwischen Geburtenzahl und Sterblichkeit zu kompliziert und zu wenig ermittelbar sind, um sich in eine allgemeine gültige Schablone zu fügen".

Wir haben also hier das schöne Beispiel: köngl. bayerisches statistisches Landesamt contra königl. bayerisches statistisches Landesamt. Wer hat nun Recht Nr. 1 oder Nr. 2? Oder sollte meine inzwischen erschienene Arbeit: „Der Zusammenhang zwischen Kindersterblichkeit und eheliche Fruchtbarkeit" (Soziale Medizin und Hygiene. Bd. V., 1910) diesen Umschwung in der Ueberzeugung veranlaßt haben? Dann hätte man meine Arbeit doch wenigstens erwähnen sollen.

Versuchen wir nun dem Juristen Dr. Zahn auf seinem Gange in die Anthropologie zu folgen. Die bayerische Frau ist zwischen 15—50 J. fruchtfähig. Infolge der kulturellen Verhältnisse und der daraus entspringenden Einengung der Dauereinehe findet die Mehrzahl der Geburten nach dem 24. Lebensjahre statt. Während der neun Jahre vor der Ehe findet keine nennenswerte Geburtshäufigkeit statt, also auch kein „Raubbau". Ich habe mich schon vor Jahren bei dem königl. statistischen Landesamt befragt über das Geburtsalter der bayerischen Frauen und habe zur Antwort erhalten, eine derartige Statistik gibt es in Bayern nicht. Aus der über 3 Regierungsbezirken sich erstreckende geburtshilflichen und allgemeinen Praxis kann ich aber mit an Gewißheit grenzender Wahrscheinlichkeit behaupten, daß die Geburten jenseits des 45. Lebensjahres der

Frau sehr gering sind. Also auch für diese Zeit fehlt der „Raubbau“. Die Statistik und die tägliche Erfahrung lehren übereinstimmend, daß in Bayern zu Anfang und zu Ende der Geschlechtsfähigkeit, zusammen innerhalb 14 Jahren, nur ganz geringe Geburtenhäufigkeit herrscht.

Die bayerischen Mütter stehen also in der Vollkraft der Jahre!

Die primäre, ja die einzige Natur-Aufgabe des Weibes ist die Fortpflanzung der Gattung. Zu diesem Zweck wohnen dem Weibe zwei Triebe inne, der Wollust- und der Muttertrieb. Beide sind eng miteinander verflochten; sie sind aber nicht bloß verschiedene Aeußerungen der gleichen Anlage, wie man lange glaubte, sondern sie sind, ich möchte sagen, symbiotisch lebende, fast selbständige Eigenschaften. Der jedem Weibe virtuell innewohnende Muttertrieb braucht zu seiner Wirksamkeit äußere Reize. Diese Reize sind teils somatischer, teils psychischer Natur. Von den somatischen Reizen zur Auslösung des Muttertriebes ist die Funktion der Mutterorgane selbst, also der Gebärmutter und ihrer Adnexe, sowie der Milchdrüse, die vorzüglichste. In Gebärmutter und in Milchdrüse konzentrieren sich die somatischen Muttertriebreize. Diese beiden Organe arbeiten aber nicht gegeneinander, sondern miteinander. Von dem Augenblick der Befruchtung an beginnt auch die Entwickelung der Brust, wie wir jetzt wissen, durch Absonderung eines innersekretorischen Produktes, der Stomane. Solange die Brust sezerniert, pflegt in der Regel die Menstruation zu sistieren und die Neubeschickung des Uterus mit einem befruchteten Ei unmöglich zu sein. Sobald die Milchsekretion aufhört, beginnt auch wieder die Möglichkeit der Neubeschwängerung. Wie lange die natürliche Dauer des Stillens des menschlichen Säugetierkindes dauert, wissen wir gar nicht mit Bestimmtheit. In Franken stillen die Frauen 1 Jahr, in unseren neu erworbenen afrikanischen Kolonien die Negerfrauen 3—4 Jahr. Nach dem Naturgesetze soll die Darreichung der Brust sicher erst nach dem 1. Jahr nach der Geburt oder bei dem Tode des Säuglings aufhören. Nur in diesem Falle fällt der Brustdrüsenreiz als Mutterauslösungsreiz naturgemäß weg und setzt sofort wieder die neue Funktion der Gebärmutter ein. Da im letzteren Falle kein Kind vorhanden ist, so fällt die Schädigung des Vorkindes weg. Die Frau, die ihr Kind vorzeitig abnimmt oder überhaupt nicht anlegt, bedarf vikariierend der Beschickung der Gebärmutter mit einem neuen befruchteten Ei. Wird sie nicht alsbald wieder schwanger, so entbehrt sie für eine bestimmte Zeit des physiologischen Reizes des Muttertriebes. Wird diese reizlose Zwischenzeit unverhältnismäßig groß, so hat das Weib die Folgen der freiwilligen funktionellen Kastration zu ertragen und zu überwinden.

Die lokalen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane, bedingt durch Ausfall des physiologischen Reizes, finden immer mehr die Würdigung weitschauender Gynäkologen.

Sicher ist die enorme Häufigkeit der Lokalerkrankungen der weiblichen Tragapparate damit in Zusammenhang. So sehr die Häufigkeit der Genitalerkrankungen der Frau Ursache zur Unfruchtbarkeit ist, ebenso häufig ist sie aber auch Folge derselben. Reziprok, wie alles in der Natur! Noch vielmehr sind wir durch die Erkenntnisse der inneren Sekretion in den Zusammenhang zwischen Un- und Unterfruchtbarkeit und Krankheit eingedrungen. Eine Frau, die weder Gebärmutter- noch Brust-Mutterauslösungs-Reiz hat, verhutzelt rasch, sie wird eine alte Jungfrau, die Spannkraft geht verloren, der Ausfall des Muttertriebes wird durch die Vermehrung des Wollustgefühles nur teilweise ersetzt, sie wird vom Weib zum Weibchen.

Nur ein Nichtarzt kann an diesen Erscheinungen mit Achselzucken vorübergehen, und nur ein Nichtarzt kann dem Weibe raten, Wohlleben und wirtschaftliche Werte für den Ausfall des physiologischen Mutterreizes einzutauschen, und nur ein Nichtarzt kann sich den Satz leisten, daß die Brustdrüsensekretion durch schnell hintereinanderfolgende Geburten abnimmt.

Wenn Herr Ministerialrat Dr. Zahn der Ueberzeugung ist, daß in Bayern in der Gegenwart die Folgen allzuhäufiger Auslösung der Mutterreize durch Befruchtung der Gebärmutter der Frau schädlich sind, so hätte er sofort das Heilmittel gegen diesen einseitigen Reiz hinzufügen müssen, nämlich die Darreichung der Mutterbrust, wie Hahn und Groth es getan haben; sonst wirkt seine Aufstellung sinnverwirrend und zerstörend auf die gesamte Fruchtbarkeit des bayerischen Volkes.

Zudem würde dieser Zusatz der anthropologischen Erfahrung Rechnung getragen haben, daß sehr häufig langdauernde oder öfters wiederkehrende Reize infolge Anpassung der Organe in den Reiz ihre Ausschlagswirkung verlieren oder doch in denselben vermindert werden.

Es fragt sich nun, wie zahlreich sind gegenwärtig die Geburten der Einzelnehen in Bayern?

Auf 1 Eheschließung treffen in Bayern eheliche Geburten nach den Generalsanitätsberichten:

1876/90	4.7	1906	4.2
1891/1900	4.2	1907	4.0
1901/05	4.2		

Wenn man die ehelichen Geburten auf einzelne Teile ausscheidet, so treffen im Jahre 1907 auf 1 getrautes Paar ehelich geborene:

Oberbayern	3.4	Oberfranken	3.9	Unmitttelbare Städte und die größeren Städte der Pfalz	2.9
Niederbayern	5.1	Mittelfranken	3.2	Bezirksämter ohne die größeren Städte der Pfalz	4.5
Pfalz	4.2	Unterfranken	4.1		
Oberpfalz	5.0	Schwaben	4.0		

Die Nichtmediziner und von den Medizinern die Modernen, die die Regenerationskraft des Weibes nur mehr von Sagenhören kennen und nicht mehr von persönlicher Beobachtung und die von vornherein von dem Malthusianismus angekränkelt sind, unterschätzen die Gebärfähigkeit der Frau. Eine gesunde Frau,

welche mit 24 Jahren in die Ehe tritt und deren Ehe normal verläuft, kann ohne jede anthropologische Schädigung 12 Kinder gebären und wenn einige Kinder absterben, so ist die Geburt von 15 Kindern für diese Frau sicher nicht schädlich und auch nicht für das Kind.

Wo nun in Bayern wird diese Zahl gegenwärtig auch nur annähernd erreicht oder wo wird sie in der Gegenwart überschritten? Einzelne Fälle geben doch dem statistischen Landesamt keine Berechtigung zum Generalisieren. Herr Dr. Zahn ist uns Bezirksärzten schuldig, die näheren Angaben zu machen, wenn er vor Ueberfruchtbarkeit warnt. Allerdings muten uns Modernen solche Ziffern merkwürdig an. Aber es rächt sich eben an uns, daß wir Jahrhunderte lang die genealogische Wissenschaft vernachlässigt haben, die Geschichtsforscher, die Staatswirtschaftslehrer und erst recht wir Aerzte.

Pontus E. Fahlbeck („Der Adel Schwedens und Finnlands. Fischer; Jena 1903) hat einen Teil der klaffenden Lücke der genealogischen Forschungen ausgefüllt. 16—17 Kinder in derselben Ehe findet man oft in den schwedischen Adelsgeschlechtern (s. Seite 107). Rechnet man die kinderlosen Ehen des ausgestorbenen schwedischen Adels nicht mit, so hatten die Ehen durchschnittlich Kinder:

	I	II	III	IV	V	VI	VII
Zweigliedgeschlechter	4,4	1,5					
Drei „	5,6	3,8	1,9				
Vier „	5,5	4,6	3,4	1,9			
Fünf „	5,8	5,5	3,8	3,4	1,0		
Sechs „	4,2	4,7	4,4	4,5	3,4	1,0	
Sieben „	6,0	5,5	4,7	5,1	3,5	3,9	1,5

Dabei wurden Totgeburten nicht und die in frühester Jugend gestorbenen Kinder nur selten mitgezählt.

Man darf somit unter Rücksichtnahme auf die Totgeburten und auf die als minderjährig abgestorbenen Kinder und in fernerer Berücksichtigung, daß eine große Anzahl von Ehen vorzeitig durch Tod eines Eheteiles gelöst wurden, auf eine schwedische Adelsfamilie für die normale Dauer der Ehe 10 Kinder rechnen und die Zahl 20 Kinder als gar nicht selten bezeichnen.

Bei der anthropologischen Würdigung der Elternerbteile darf man nie vergessen, daß das Kind auch einen Vater hat, dessen Körperkräfte durch die Zahl der Kinder nicht beeinträchtigt sind. Gerade in der Gegenwart sind wir daran, den Einfluß des Vaters genau zu studieren, und wir haben zu unserer Ueberraschung erkannt, daß wir den Vateranteil zu Unrecht als den rezessiven betrachtet haben. Hierin ist uns die Veterinärmedizin mit ihren Erfahrungen vorausgeeilt.

Noch nie ist ein Stamm, eine Familie zugrunde gegangen wegen zu großer Kinderzahl, stets wegen zu kleiner. Kein Stamm, keine Familie „stirbt aus“, sondern wird „ausgeboren“.

So ist es auch bei dem Volke! Und damit komme ich

auf die ethnologischen Verhältnisse der großen Kinderzahl zu sprechen.

Die Erneuerung des Volkes kann wesentlich nach zwei Systemen geschehen: Entweder wählt man einen Volksteil zum Fortpflanzungsgeschäft aus und läßt ihn dann die ganze Wucht der Erneuerung des Gesamtvolkes tragen oder aber man läßt sämtliche Gebär- und Geschlechtsfähige zu. Das erste System habe ich das aristokratische, das zweite das demokratische genannt. Natürlich gibt es zwischen diesen beiden Arten alle möglichen Uebergangsformen und Unterabteilungen. Das deutsche Volk und der bayerische Volksstamm übte bis in die jüngste Zeit die aristokratische Fortpflanzungsform und ist erst seit ca. $^1/_2$ Jahrhundert im Begriff, zur demokratischen Erneuerungsform überzugehen.

Die Auswahl der Tüchtigsten wurde durch mehrfache Einrichtungen erreicht. Die Ehe als Auslese-Instrument Zujugendlicher wurde bereits erwähnt. Die Ehe war und ist bis zu einem gewissen Alter von der Zustimmung der Eltern oder des Sippenvorstandes abhängig, wodurch eine sehr energische Ausschaltung von zur Ehe untauglichen Personen stattfindet. Das Einspruchsrecht wurde dann auf die Lehensherren oder deren Rechtsnachfolgern, den Gemeinden, ausgedehnt. Antisoziale Elemente, Geisteskranke, Kriminelle konnten und wurden ausgeschaltet. Ja vielfach machte man die Eheerlaubnis vom Schollenbesitz abhängig; je nach der rechtlichen Stellung der Fremden beschränkte man deren Einheiratung. Innerhalb der Ehe aber übte man größte Fruchtbarkeit.

Unter dieser sogenannten aristokratischen Methode der Volkserneuerung, nämlich Auswahl des Tüchtigsten und Vollausnützung desselben, hat sich Deutschland und Bayern gut entwickelt, ist lebens- und konkurrenzfähig geblieben und hat die schwersten Angriffe auf seine Lebensfähigkeit wiederholt siegreich abgeschlagen: Hungersnot, Pest und Krieg mit ihrem Massenverluste an Menschenmaterial; ja unter dieser Methode hat es auch die Schäden der chronischen Erkrankung der Auswanderung überwunden.

Der Längstdurchschnitt durch die Bevölkerung Bayerns mit seiner viele Jahrhunderte lang geübter höchster Fruchtbarkeit gibt sicher keinen Grund zur Annahme der Rassenverkommenheit dieses Volksstammes. Und auch nicht der Querdurchschnitt. Eine Seite vorher, auf der Dr. Zahn die Befürchtung vom Untergang der bayerischen Bevölkerung in der Generation und als Rasse erwähnt, schreibt er, daß Bayern in der Periode 1840/1910 rund 770000 Einwohner an Abwanderung mehr abgegeben hat als es durch Zuwanderung erhalten hat. Man wandert fast durchwegs aus wirtschaftlichen Gründen aus. Es wandern also arbeitsfähige und damit auch geschlechtsfähige Leute besonders gern. Ich habe an anderer Stelle nachgewiesen, daß die Wanderer kinderreich sind. Wären diese 770000 Mehr-Abgewanderte in Bayern geblieben, so

würden sie die gegenwärtige Bevölkerung sehr vermehren. Die Hälfte dürfte gestorben sein und die andere Hälfte dürfte mindestens je 3 Kinder haben, so daß also die Bevölkerung Bayerns rund 1 Million Einwohner mehr hätte. Ein Volk, das den sechsten Teil seiner Bevölkerung abgeben kann in 70 Jahren und das sich doch noch ganz erheblich vermehrt (um 45,0 % in 50 Jahren), ein solches Volk generativ bedroht zu bezeichnen, ist mir völlig unverständlich.

Wenn man sich die jetzige Fruchtigkeit der bayerischen Bevölkerung kartographisch darstellt, so wird von der Linie Tirschenreuth, Amberg, Neumarkt, Beilngries, Eichstädt, Donauwörth, Zusmarshausen im Westen, Aichach, Bruck, Ebersberg, Rosenheim, Traunstein im Süden und der Landesgrenze im Osten ein Dreieck hoher Fruchtigkeit eingegrenzt. Die höchste Fruchtbarkeit in den Jahren 1901/05 — nämlich über 360 Kinder auf 100 Ehefrauen — finden wir gegenwärtig im bayerischen Wald und in den Aemtern in der Ebene: Amberg, Eichstätt, Stadtamhof, Regensburg, Pfaffenhofen und Rottenburg. Die hohe und höchste Fruchtbarkeit herrscht ausschließlich in Ober- und Niederbayern, in der Oberpfalz und in einzelnen Aemtern von Schwaben.

Nun sagen Groth und Hahn, die, beide stammesfremd, der übermäßigen Vorliebe zu dem altbayerischen Stamme sicher nicht verdächtig sind, Seite 13 (a. a. O.): „Den größten Gewinn an Aufwuchs erzielte Oberbayern, Niederbayern, die Oberpfalz und Schwaben.“ Gerade Oberbayern, Niederbayern und Oberpfalz und einige Aemter in Schwaben sind aber in der Kindersterblichkeit am wenigsten zurückgegangen; dagegen sind die einzelnen Aemter in der Kindererzeugung hinaufgegangen, manche um 10 % und 15 % in der Periode 1871—1910.

Der Ausspruch des bayerischen höchsten statistischen Amtes wird immer unverständlicher.

Warum, wenn das Landesamt Recht hat, warum, frage ich, bevölkert das kinderreiche und an Säuglingstodesfällen stark belastete Land die kinderarmen und an Säuglingsmortalität weniger belasteten Städte? Und warum nicht umgekehrt? Die Städte wären dann die Jungbrunnen der Nation?! Ganz Ostelbien müßte dann dem Untergang in der Generation und Rasse zugehen. Oberpfalz und Ober- und Niederbayern sind ja ohnehin längst raßlich und generativ vernichtet! Welch eine Irrung! Es bleibt also nur mehr die Qualität der Bewohner.

Vor mir liegen das statistische Jahrbuch für das Königreich Bayern; 1909, Seite 58 u. ff. und Prinzings medizinisches Handbuch; Jena 1906, Seite 275. Es sind die Sterbetafeln behandelt, die ich hier wiedergeben will:

Mittlere Lebenserwartung (Jahre):
männlich

	Bayern 1891—1900	Preußen 1881—1890	Sachsen 1885—1890	Deutschland 1871—1881
0 Monat	37,91	37,6	34,6	35,6
10 Jahre	49,39	47,6	47,8	46,5
20 „	40,80	39,4	39,2	38,5

	Bayern 1891—1900	Preußen 1881—1890	Sachsen 1885—1890	Deutschland 1871—1981
30 „	33,13	32,0	31,5	31,4
40 „	25,63	25,1	24,3	24,5
50 „	18,67	18,7	17,7	18,0
60 „	12,41	12,8	11,9	12,1
70 „	7,30	8,2	7,1	7,3

weiblich

	Bayern	Preußen	Sachsen	Deutschland
0 Monat	41,06	40,7	38,5	38,5
10 Jahre	50,56	49,9	50,3	48,2
20 „	42,12	41,9	41,8	40,2
30 „	34,48	34,4	34,5	33,1
40 „	27,27	27,4	27,5	26,3
50 „	19,88	21,5	20,1	19,3
60 „	12,99	13,5	13,3	12,7
70 „	7,58	8,5	7,7	7,6

Von einer Abkürzung der Lebensdauer der bayerischen Bevölkerung kann ich nichts merken; namentlich tun die vielgebärenden bayerischen Frauen der Theorie nicht den Gefallen, mehr abzusterben.

Doch die Militärtauglichkeit ist Folge der Geburtenzahl! So wird man einwenden. Wer die von Groth und Hahn gegebene Karte über die Militärtauglichkeit Bayerns für 1904—1907 mit der Geburtenhöhe dieser Bezirke sine ira et studio vergleicht, wird einen Einfluß über die Höhe der Militärtauglichkeit nicht finden. Wir haben zwar höchste Militärtauglichkeit und hohe Geburtenziffer zusammenfallend, wie z. B. in den meisten Aemtern Niederbayerns, aber auch hohe Geburtsziffer und niedrigste Militärtauglichkeit, wie in Parsberg; wir haben niedrige Geburtsziffer und niedrige Militärtauglichkeit und niedrige Geburtsziffer und hohe Tauglichkeit. Die Militärtauglichkeit Bayerns ist, wie ich an anderer Stelle ausgeführt habe, von den zwischen dem 1. und 20. Lebensjahre einwirkenden Einflüssen der Umwelt hauptsächlich bestimmt und hängt mit der Geburtsziffer und der Säuglingssterblichkeit nur sehr gering zusammen.

Mit der Geburtenreihe und mit dem Alter der Eltern hängt aber die Tüchtigkeit der Nachkommen zusammen. Im allgemeinen glaubt man, daß das 3. und 4. Kind das tüchtigste ist. Nach dem Gesetze der An- und Abschwellung physiologischer Werte ist also das 7. und 8. Kind mindestens ebenso tauglich als das erstgeborene. Seitdem aber Plötz (Archiv für Rassenhygiene; 1912) nachgewiesen hat, daß das 8. Kind noch zu den tüchtigsten gehört, müssen wir die taugliche Reihe etwas verlängern. Durch eine lange Kinderreihe fällt der Einfluß der Erstgeburt, die durchwegs minderwertiges Zuchtmaterial darstellt. Die Herrscherhäuser und andere adelige Geschlechter mit Erstgeburtsrecht beweisen die Mangelhaftigkeit der Erstgeborenen als Fortpflanzungsinstrument. Trotzdem ihre Frauen in der Regel aus kinderreicher Familie stammen, geht die Erbnachfolge bedenklich oft auf die Nachkommenschaft einer höheren Ziffer in der Geburtsreihe über, obwohl dieser Ueber-

gang sicher nicht gewollt ist. Da aber, wo die Erstgeborenen ihre Frauen aus kleine Kinderzahl sich wählen, wo also der Einfluß der Erstgeburt auch auf die Frau wirkt, wie z. B. bei den englischen Peers, ist das Aussterben eine häufige Erscheinung. Die Bedeutung des Einflusses der Erstgeburt werden wir ethnologisch erst später durchkosten müssen. Die französischen Erscheinungen sind keineswegs günstig. Zu mindestens ist durch nichts gerechtfertigt, eine höhere Geburtenreihe der Erstgeburt vorzuziehen.

Der Zusammenhang zwischen Kindersterblichkeit und Fruchtbarkeit eines Volkes hat übrigens Dr. Zahn und sein Gewährsmann Dr. v. Mayr richtig erkannt. Hohe Geburtenziffer bedingt hohe Kindersterblichkeit und hohe Kindersterblichkeit hat hohe Geburtenreihe zur Folge. Es ist oft, ja in der Regel sehr schwer zu sagen, was das Primäre ist. Einen Anhaltspunkt geben uns die Auswanderer, die ihre Geschlechtssitten und ihre Kinderaufzuchtsitten in die neue Heimat mitzunehmen pflegen. Aus fruchtreicher Familie und fruchtreichem Volksstamme kommend, behalten sie den Kinderreichtum bei. Haben ihre Mütter in der Heimat die Kinder gestillt, so stillen auch ihre Frauen. Auch hierüber habe ich für Bayern Detailstudien veröffentlicht (Archiv für soziale Hygiene; 1910). Aber außer der Ernährung ist das Kindesleben noch von der übrigen Umwelt abhängig. Diese übrige Umwelt ändert sich nun in der neuen Heimat ganz bedeutend und zwar verbessert sie sich. Diese Verbesserung der Umwelt wirkt kindererhaltend, und so kommt es, daß die Abgewanderten im ersten Stamme mehr Kinder emporbringen als ihre in der Heimat zurückgebliebenen Stammesgenossen. Die Polen am Rhein und die Polen in der Heimat bestätigen dies. Hier ist also die Geschlechtssitte das stärkere Element. In der zweiten Generation nehmen aber die Abgewanderten bereits ähnliche Geschlechtssitten an, wie sie ihr Wirtvolk hat, und in der dritten Generation gleichen sie diesem völlig. Ohne Zuzug von der Heimat ist es also mit der Plusvermehrung der Auswanderer in der neuen Heimat bald vorüber. In Groß- und Weltstädten, bei denen der Zuzug nicht mehr die statistische Bedeutung hat, wie bei aufstrebenden Mittelstädten, stellt sich alsbald die gesamte Fruchtbarkeit auf städtisches Niveau ein; sie sinkt und bedroht die städtische Bevölkerung. Bei der Fluktuation unserer Bevölkerung, bei der Assimilation von Land und Stadt ist ohnehin die Gefahr gegeben, daß städtische Geschlechtssitten in ländliche Kreise eindringen. Anstatt daß sich nun das statistische Landesamt freuen würde, daß es in Bayern noch vollgeschlechtliche Gegenden gibt, die als Jungbrunnen für das ganze Volk wirken können, zieht es gegen vollfruchtige Volksteile zu Felde. Die Einsparung an Geburten ist in der Gegenwart nicht selten größer als der Gewinn durch abgeminderte Kindersterblichkeit. Wenn wir die gegenwärtige Volkserneuerung richtig verstehen wollen, so dürfen wir nie vergessen, daß wir unsere besten Zucht-

reserven, das untere Volk, erschöpfend zum Erzeugungsgeschäfte herangezogen haben. Allerdings ist es richtig, daß hohe Kindersterblichkeit und die damit verbundene hohe Geburtenzahl die kulturellen Verhältnisse eines Volkes herabzudrücken geeignet sind, weil große Werte durch die Fortpflanzung zugrunde gehen; aber raßlich wird nicht geschadet. Im Gegenteil! Die aus einer großen Kinderschar hervorgehende Bevölkerung ist von Jugend auf an Entbehrungen gewöhnt und daher viel konkurrenzfähiger im Kampf um das Dasein der Völker als Völker mit geringer Kinderzahl. Namentlich auch der Preis der Innenprodukte, besonders der Landwirtschaft, wird durch die große Familie kleiner gehalten als bei Herstellung durch Hände, die aus kleiner Familie stammen und diesen angehören. Dazu kommt, daß die Deutschen das genußfähigste und das genußsüchtigste Volk der Welt sind. Bisher war die Geschlechtssitte der Deutschen der fixe Punkt, auf dem der Erwerb und der Verbrauch eingerichtet war. Nun kommen Propheten und lehren, daß die Geschlechtssitten sich dem Individualleben unterordnen müssen.

Ich fürchte bei der erwähnten außerordentlich hohen Vergnügungssucht der Deutschen, daß der Geburtensturz in Deutschland eine viel tiefere Linie erreichen wird als in Frankreich, wenn diese Lehre Allgemeingut wird. Schon jetzt geschieht der Abfall viel rascher als in Frankreich.

Statistiker, die ihr Fach beherrschen, und das sind zweifellos Zahn und v. Mayr, sollten eines Augenblicks-Erfolges wegen ihr Volk nicht in solche Gefahren bringen.

Wir Rassenhygieniker schätzen eine Mutter, die 10 Kinder geboren hat, von denen 5 gestorben sind, um das Doppelte höher ein als eine Mutter, die 2 Kinder geboren und aufgezogen hat. Damit wollen wir aber keineswegs sagen, daß die hohe Kindersterblichkeit an sich etwas Gutes ist. Ich habe noch keinen Führer der Rassenhygiene getroffen, der solches behauptet hätte. Wir sagen: Die moderne Ansicht, wonach die niedrigste Kindersterblichkeit die beste sei, ist falsch und verhängnisvoll für das Volk; wir wollen dieser naturwissenschaftlichen „Wahrheit" sein Schicksal bereiten, von dem Ibsen behauptet, daß es jede naturwissenschaftliche Wahrheit hat, nämlich, daß sie bloß 30 Jahre gültig ist.

Wir behaupten, diejenige Kindersterblichkeit ist die beste, die die meisten und besten Aufzuchtsmengen bringt und diese optimale Kindersterblichkeit ist nicht zu allen Zeiten und zu allen Orten die gleiche, sondern wechselt nach den kulturellen und klimatischen und anderen Verhältnissen des Landes. Es ist ein Luftstoß gegen die Rassenhygiene, wenn man ihr gegenüber die maximale Kindersterblichkeit als schädlich darstellt. Zu der Widerlegung der Auslesewirkung maximaler Sterblichkeit und Geburtlichkeit mag in Indien Veranlassung sein; in Bayern und in den Jahren 1908, 1909 und 1910 war und ist hierzu sicher keine Veranlassung gegeben. Da wirkt sie nur schädlich

und verwirrend bei Aerzten, Soziologen, Staatswissenschaftsbefliessenen und Laien, die nicht tief genug in die Geheimnisse der Völkerbiologie eingedrungen sind und die von der Tagesphrase beherrscht werden.[1])

Das Völkerleben gleicht, wie Dr. Zahn mit Recht anführt, einem kaufmännischen Betrieb. Eine alte Firma mit einem Geheimen Kommerzienrat an der Spitze, die ihr Kapital nur gegen absolut sicheren, wenn auch geringen Gewinn umsetzt, bleibt in ihrer Entwickelung gegen ein aufstrebendes Geschäft zurück, das zwar auch möglichst sicher geht, aber Spesenhöhe nicht als entscheidendes Moment gegen den Umsatz anführt. Wir dürfen in unseren Volksumsatz nicht jede Spese als von vornherein unrationell bezeichnen. Das wäre das Zeichen des Greisenalters des Volkes; Greise sind wir aber nicht trotz alledem. Wie die Bungesche Lehre von der partiellen Geschlechtsimpotenz, nämlich der Stillunfähigkeit unserer Frauen, als eine raßlich gefährliche Theorie erkannt und verworfen wurde, so wird auch hoffentlich die Theorie des kleinsten Volksumsatzes wiederum verlassen werden. Ein großer Teil der Aerzte, die Rassenhygieniker, hat sie bereits als verderblich erkannt; der übrige Teil der Aerzte, namentlich der Amtsärzte, wird nachfolgen und die Nichtmediziner zu sich herüberziehen.

Ein Fall von Lipämie als Sektionsergebnis.

Von Med.-Rat Dr. **Langermann**, Kreisarzt in Alsfeld.

Auf Requisition der Staatsanwaltschaft sezirte ich zusammen mit dem Kreisarzt in Gießen, Herrn Med.-Rat Dr. Haberkorn, am 13. Dezember 1911 eine 37jährige Frau wegen Verdacht einer Vergiftung bezüglich § 218 des Str.-G.-B. Die Frau stand wegen Uterusblutungen in ärztlicher Behandlung. Die vorgeschlagene Operation verweigerte sie, wandte sich vielmehr an einen Kurpfuscher, der ihr eine helle Arznei verschrieb, nach deren Einnehmen die Blutungen angeblich verschwanden. Am 11. Dezember mußte dieselbe Frau wegen eitrigen Mittelohrkatarrhs, verbunden mit Gehirnsymptomen, trepaniert werden. Den operierenden Aerzten fiel dabei auf, daß sie kein rotes, sondern nur gelbes Blut hatte. Bald nach dieser Operation ist der Tod eingetreten. Da das Sektionsergebnis schon wegen der Seltenheit des Falles ein allgemeines Interesse beanspruchen dürfte, lasse ich die in Betracht kommenden Protokollnummern folgen:

2. Die Haut ist im ganzen sehr blaß, leicht gelblich, an den Schultern und zwischen den Rippen leicht bläulich schimmernd, am Bauche hell grünlich. An der Hinterfläche der Ober- und Unterschenkel und am Rücken, der Gesäßgegend ist die Haut in größeren und kleineren Flecken blaßrosarot (Totenflecke). Beim Einschneiden an diesen Stellen sieht man, daß das Blut innerhalb der Haargefäße liegt.

[1]) Wie verwirrend die Ansicht des statistisahen Landesamtes auf die Bezirksärzte Bayerns wirkt, hat sich bei dem Vortrage Henkels in Kissingen (1912) deutlich gezeigt.

6. Das Fettpolster unter der Haut fehlt fast gänzlich, so daß man einzelne Muskeln an den Beinen durchschimmern sieht.

7. Hinter dem linken Ohre, wo die Haare in Handtellergröße wegrasiert sind, findet sich eine Operationswunde von 5½ cm Länge, von oben nach unten verlaufend, die nach Wegnahme der Drahtnähte 2½ cm klafft. Ihre Ränder sind glatt. Das Unterhautzellgewebe ist mit Blut leicht durchtränkt. Der Warzenfortsatz in dem Grunde der Wunde ist aufgemeißelt bis zu einer Tiefe von 1½ cm (Trepanationswunde).

8. Die halb offen stehenden Augen haben schneeweiße Bindehäute, mittelweite Pupillen neben weichen, getrübten Hornhäuten.

9. Das Zahnfleisch ist fast weiß bis zu den Kiefern hin. Zwischen den Zähnen sitzt weißlicher Schleim.

11. Die Haut der Brüste ist stark faltig, fettarm, das Drüsengewebe ist schlaff.

14. Die untere und mittlere Bauchgegend ist stark gefaltet und von zahlreichen, alten, perlmutterglänzenden Schwangerschaftsnarben durchzogen.

19. Beim Oeffnen der Bauchhöhle kommt aus dieser ein leichter Leichen-, aber kein anderer spezifischer Geruch heraus.

22. In der eröffneten Bauchhöhle liegt rechts die Leber, links davon ein apfelgroßer Teil des leicht geblähten Magens, dessen Kranzgefäße mit dunklem Blut gefüllt sind, nach unten das Netz, welches die Dünndärme schürzenartig bedeckt und ziemlich wenig Fett enthält.

25. Der fettarme Herzbeutel enthält einen halben Eßlöffel voll blutig gefärbter, trüber Flüssigkeit.

26. Die Kranzgsfäße des Herzens sind mit dunklem Blut gefüllt. Das Herz ist äußerst schlaff, seine linke Hälfte ist nahezu leer. Aus dem rechten Herzen entleeren sich etwa 50 g dunklen, dickflüssigen Blutes. Außerdem findet sich im rechten Vorhof und der rechten Kammer ein großes, speckhäutiges Gerinnsel, welches nur teilweise durchscheinend in seinen dickeren Knollen gelblich weiße opake Farbe hat und leicht zerreißlich ist.

27. Die Herzmuskulatur ist äußerst schlaff und hat eine blaßbraunrötliche Farbe.

29. Die rechte Kammer ist um die Hälfte weiter als normal. Die Spannmuskeln für die Herzklappen sind flach. Die Ränder der zweizipfligen und der dreizipfligen Herzklappen sind in der Breite von 5—6 mm mit warzenähnlichen, blaßroten, durchscheinenden Erhabenheiten besetzt, die sich weich anfühlen und auf dem Durchschnitt ebenfalls zartglänzend erscheinen.

30. Die linke Lunge hat auf dem Durchschnitt eine blaßrotbraune Farbe; ihr Blutgehalt ist gering. Im Unterlappen läßt sich auf dem Schnitt wässrig blutige Flüssigkeit ausdrücken.

31. Die wässerige Durchtränkung der rechten Lunge ist stärker. Ihre Farbe ist auf Durchschnitt braunrot.

35. Die Kehlkopfschleimhaut ist blaß, mit etwas weißlichem Schleim bedeckt. Dieselbe Beschaffenheit zeigt die Schleimhaut der Luftröhre.

39. Die Milz mißt 16 : 9 : 3,5 cm. Ihre Kapsel ist leicht gerunzelt, Auf dem Durchschnitt ist das Gewebe blaßbraunrot und sehr leicht zerreißlich. matsch und mit zahlreichen, bis hanfkorngroßen, dunklen Blutflecken durchsetzt.

40. Die linke Niere mißt 12 : 6 : 3 cm; sie löst sich leicht aus der fettarmen Kapsel. Auf dem Durchschnitt ist die Rindensubstanz von der Marksubstanz größtenteils nicht deutlich getrennt. Das Gewebe sieht rötlichgrau aus und ist auf dem Schnitt glatt und glänzend. Das ganze Organ fühlt sich derb elastisch an. Der Blutgehalt ist gering.

41. Die rechte Niere hat dieselbe Größe und Beschaffenheit wie die linke. Die beiden Nebennieren haben die gewöhnliche Größe. Ihre Rinden- und Marksubstanz sind deutlich getrennt zu sehen.

43. Die Gebärmutter hat die gewöhnliche Größe, ist oberflächlich glatt. Beide Eierstöcke sind auf dem Durchschnitt unverändert. Die Mündungen der Trompeten sind frei. Die Gefäße an den breiten Mutterbändern sind stark mit dunklem Blut gefüllt. Die aufgeschnittene Gebärmutter hat glatte und blasse Schleimhaut, die keinerlei Verletzungen zeigt.

44. Vor dem äußeren Muttermund, in dem ein blutiggefärbter Schleimpfropf sitzt, liegt in der Scheide ein nußgroßes Blutgerinsel.

46. Der an seinen Mündungen unterbundene Magen und Zwölffingerdarm wird nun aufgeschnitten und 200 g einer hellgelbbraunen, trüben Flüssigkeit entleert, in der einzelne kleinere und größere käseähnliche, weißliche Flocken schwimmen. Der Inhalt des Zwölffingerdarms ist gallig gefärbt.

47. Die großen Gefäße an dem unteren Magenrand sind stark gefüllt, blaßgrau. Ein besonderer Geruch des Mageninhalts ist nicht wahrzunehmen.

49. Die Leber mißt 26 : 19 : $6^1/_2$ cm. Das Gewebe der Leber ist derbteigig anzufühlen, auf dem Durchschnitt lehmfarben. Deutliche Zeichnung der Leberläppchen. Beim Darüberstreichen beschlägt sich das Messer mit Fett.

51. Die Bauchspeicheldrüse ist großkörnig, derb, ziemlich lang, von geringem Blutgehalt, auf Durchschnitt grau. Keine Blutungen.

52. Das Gekröse ist fettarm.

59. Das beim Ablösen der Schädelkapsel von der harten Hirnhaut ausfließende Blut hat eine graurötliche Farbe.

60. Die harte Hirnhaut ist auf der Oberfläche glatt, ihre feinsten Gefäße sind mit Blut gefüllt.

61. Die größeren und kleineren Blutgefäße der weichen Häute sind mit dunklem Blut sehr stark gefüllt. Auf der rechten Hirnhälfte liegt unter den weichen, leicht getrübten Häuten zwischen den Windungen des Gehirns eine sulzige, wässerige Flüssigkeit (Oedem). Auf der linken Hirnhälfte ist diese hellgelblich und trübe (Eiter).

62. Unterhalb des linken Felsenbeins kann man mit der Sonde vom Schädelgrunde nach dem Warzenfortsatz eindringen. Es fehlt an dieser Stelle ein kleines Stückchen des inneren Schädelknochens. Alle Zellen am Warzenfortsatz sind herausgemeißelt. Das aufgemeißelte Felsenbein zeigt in seinen kleinen Zellen teilweise gelbliche Bröckchen aufgelagert (Eiter).

63. Die Oberfläche des Gehirns ist glatt, rötlichgrau. Die Gehirnmasse fühlt sich sehr derb an. Die angelegten Schnitte zeigen zahlreiche kleine Blutpunkte in der Gehirnsubstanz.

Das vorläufige Gutachten lautete darauf: Die Frau ist gestorben an einer linksseitigen eitrigen Gehirnhautentzündung, ausgehend von einem eitrigen Mittelohrkatarrh und infolge dessen an beginnender Herzklappenentzündung und allgemeiner Blutvergiftung bei starker Blutarmut.

Bald nach der Sektion zeigte sich das in den Körperhöhlen angesammelte Blut schokoladefarben, dick, milchig getrübt und ließ auf der Oberfläche eine weiße Schicht schwimmend erkennen, so daß man schon damals eine abnorme Fettbeimischung zum Blut, eine sogenannte Lipämie feststellen konnte. Dementsprechend ergaben später angelegte mikroskopische Präparate von Blutflüssigkeit gut erhaltene rote Blutkörperchen neben vereinzelten Leukozyten in einer trüben Flüssigkeit schwimmend, die bei starker Vergrößerung wie in Emulsion Fetttröpfchen enthielt, die wieder bei Aetherzusatz verschwanden. Im pathologischen Institut der Universität Gießen angelegte Schnitte aus Milz und Niere ließen bei Sudanfärbung eine Ueberfüllung, ja sogar besonders an der Grenze zwischen Mark- und Rindensubstanz der Niere, eine völlige Verstopfung der kleinsten Gefäße mit Fett erkennen. Der Fettgehalt des Blutes dürfte nach Schätzungen 10—15 % betragen. Die chemische Untersuchung des Mageninhalts und sonstiger Organe auf Gifte, speziell auf Phosphor, ergab seitens des Gerichtschemikers ein negatives Resultat. Das gerichtliche Verfahren wurde daraufhin eingestellt.

Vorliegender Fall ist in mehr als einer Hinsicht interessant. Zunächst ließen sich keinerlei Zeichen von bestehender oder kurz vorher überstandener Schwangerschaft nachweisen. Die

angeblichen Blutungen dürften mit der schlechten Blutbeschaffenheit zusammengehängt haben. Dann ließ sich die Todesursache als eitrige Hirnhautentzündung, ausgehend vom Mittelohr mit nachfolgender Sepsis und Endocarditis genau feststellen. Der Verdacht auf Vergiftung bestätigte sich nicht. Als konkurrierende Todesursache kam die Lipämie in Betracht, die sich in unserem Falle dokumentierte durch eine Verarmung des Blutes an Wasser, sowie durch gelbliche Färbung und bedeutend vermehrten Fettgehalt desselben. Die Organe waren infolgedessen auf dem Durchschnitt blaßrot bis blaßbraun und getrübt. Milz, Leber und Nieren waren vergrößert. Die Leber zeigte fettige Degeneration. Das Pankreas war derb, ziemlich lang, von geringem Blutgehalt, auf Durchschnitt grau, zeigte also pathologisch-anatomisch makroskopisch schon Veränderungen, die auf eine Erkrankung desselben, vielleicht auf einen Diabetes mellitus deuteten. — Eine Untersuchung des Urins auf Zucker wurde intra vitam nicht ausgeführt. — Sonst waren alle Organe, die naturgemäß Fett enthalten, sehr fettarm. Das Fett des Unterhautzellgewebes war nahezu geschwunden.

Was nun die Aetiologie dieser an und für sich sehr selten beobachteten und beschriebenen Krankheit anbelangt, so soll diese nahezu ausschließlich bei chronischen Alkoholisten und Diabetikern vorkommen. Künstlich kann man Lipämie erzeugen bei Tieren durch einseitige Fettnahrung (Fettmast). Normalerweise enthält das menschliche Blut auch Fett, aber in so geringen Mengen (nicht über 1 %), daß es nicht in die Erscheinung tritt. Wie kommt es nun, daß bei Personen, die an Lipämie erkrankt sind, der Fettgehalt des Blutes auf einmal so hoch (3—4 mal soviel wie in der Milch) steigt? Zur Erklärung sind verschiedene Hypothesen aufgestellt, von denen die von Fischer[1]) entwickelte immer noch am plausibelsten erscheint. Dieser Autor, der die erste eingehende Veröffentlichung über eine solche Erkrankung nebst Sektionsbefund gemacht hat, nimmt an, daß die Zellen des menschlichen Körpers infolge irgend welcher Schädigung (Alkohol, Diabetes) das durch die Nahrung zugeführte Fett aus dem Blut nicht mehr genügend aufnehmen und verarbeiten können. Dadurch entstehe eine Stauung der Fettspaltungsprodukte im Blut mit nachfolgender Fettarmut der sonst fettreichen Organe.

Eine tödliche Brustverletzung infolge Wurfes mit einem Eisenstab.

Von Med.-Rat Dr. **Ledermann**, Kreisarzt in Saarlouis, und Dr. **Möller**, Kreisassistenzarzt in Saarbrücken.

Wegen der Eigenart und großen Seltenheit der Verletzung verdient der nachstehend angeführte Fall wohl eine kurze Mitteilung.

---

[1]) Bernhard Fischer: Ueber Lipämie und Cholesterinämie, sowie über Veränderungen des Pankreas und der Leber bei Diabetes mell. Virchows Archiv; Bd. 172.

Auf einem Eisenhüttenwerk gerieten zwei Arbeiter in Streit, in dessen Verlauf der Angeklagte H. dem Arbeiter M. mit einem Arbeitseisen (einem 20 mm dicken und $1^1/_2$ m langen Rundeisenstab) auf die Schulter schlug. Das Eisen glitt ab, schlug auf den Boden und zerbrach ungefähr in der Mitte. Das eine Stück behielt der Angeklagte in den Händen, das andere Teil fiel vor dem M. nieder. Letzterer bückte sich nun nach dem auf dem Boden liegenden Eisenstück. Bevor er jedoch das Eisen erfaßt hatte, warf der Angeklagte das andere Stück des Eisenstabes, dasselbe mit beiden Händen an einem Ende fassend, aus kürzester Entfernung mit großer Wucht auf seinen Gegner, dem der Eisenstab, nachdem er ihn im Gesicht gestreift hatte, tief in die Brust eindrang. Ein anderer Arbeiter sprang darauf hinzu und riss dem Verletzten, der das Eisen mit seinen Händen festhielt, aus der Brust. Der Verletzte rief noch einige unverständliche Worte, wurde dann bewußtlos und starb nach wenigen Minuten.

Bei der von uns vorgenommenen Leichenöffnung des 50 Jahre alten Getöteten wurde folgender Befund erhoben:

6. In der rechten Wangengegend befindet sich eine 8 cm lange Hautverletzung, welche von der Mitte des rechten Jochbeines bis zur Mitte des rechten Kieferastes verläuft. In ihrer oberen Hälfte zeigt sich die Verletzung als eine Hautabschürfung, in der unteren Hälfte nimmt sie die Form einer Schnittwunde mit scharfen Rändern an, die bis zu 0,75 cm klafft. Der obere, $1^1/_2$ cm breite Rand der Hautabschürfung ist kreisrund.

8. Im Bereich der rechten Schlüsselbeingegend, etwa dem inneren Drittel entsprechend, befindet sich eine zweite Verletzung. Diese verläuft etwas schräg von rechts oben und außen nach links, unten und innen in einer Linie, die man sich an der Mitte des rechten Schlüsselbeines bis zur Mitte des Brustbeines gezogen denkt. Die Verletzung hat eine unregelmäßige, annähernd ovale Gestalt. Ihr Längsdurchmesser mißt 5 cm, während die Haut in einer Breite von 3 cm klafft. Der obere Wundrand hat annähernd kreisrunde Gestalt, die Ränder sind oben und bis zur Hälfte der seitlichen Begrenzung der Wunde scharf. In den Bereich des im allgemeinen rundlichen unteren Wundrandes ragt ein zerfetzter Hautlappen von $1^1/_2$ cm Länge und 1 cm Breite mit unregelmäßig gezackten Rändern hinein. Einige andere kleine Hautfetzen hängen noch durch Binde- und Fettgewebe am äußeren und inneren Wundrande fest. Die Hautränder, namentlich die äußeren und unteren, sind in einer Ausdehnung von 2 bis 3 mm braunrötlich verfärbt, fühlen sich hart an und schneiden sich fast lederartig. Zwischen den Wundrändern wird im oberen Teil die mit feuchtem, dunkelrotem Blute bedeckte Faszie sichtbar, während im unteren Drittel eine sich anscheinend in größere Tiefe erstreckende Durchtrennung der Muskulatur sichtbar wird.

11. Die weitere Verfolgung der Verletzung läßt sich nach Abtrennung der Brustmuskulatur ermöglichen. Hierbei ergibt sich im großen Brustmuskel eine unregelmäßig gestaltete Durchtrennung von 3 cm Breite und $1^1/_2$ cm Höhe von annähernd rautenförmiger Gestalt. Am äußeren und inneren Rande ist die Muskulatur zackig durchtrennt. Die Muskelbündel des großen Brustmuskels im Bereich der Verletzung sind mit dunkelroten Blutgerinnseln mehr oder weniger durchsetzt, ebenso der kleine Brustmuskel im Bereich der ihn gleichfalls durchsetzenden Durchtrennung. Die zweite rechte Rippe weist in einer Entfernung von 4 cm vom Brustbeinansatz eine halbkreisförmige Verletzung auf, derart, daß wie mit einem Locheisen ein halbkreisförmiges Stück der unteren Rippenhälfte ausgeschlagen bezw. nach innen umgeschlagen zu sein scheint. 2 cm nach außen vom Brustbeinansatz zeigt die zweite Rippe einen unregelmäßig gestalteten Bruch. Im zweiten Zwischenrippenraum geht die annähernd kreisrunde Verletzung durch die Zwischenrippenmuskulatur in einem durchschnittlich 2 cm betragenden Durchmesser in die Tiefe.

12. Zwerchfellstand beiderseits im fünften Zwischenrippenraum.

13. Auf dem Fettgewebe des Mittelfells bezw. Herzbeutels lagert ein etwa 10 cm im Durchmesser betragender, etwa 2 cm dicker Ergnß dunkelroten Blutgerinnsels.

14. Die rechte Lunge ist an ihrer Oberfläche, soweit sie sichtbar ist, mit dunkelrotem, teils flüssigem, teils geronnenem Blute bedeckt. Das Lungenfell ist mit dem Rippenfell stellenweise fest verwachsen.

Der Oberlappen, entsprechend der Lage der äußeren Verletzung vom inneren Rand 3 cm entfernt, zeigt sich in schräger Richtung von rechts oben und außen nach links unten und innen durchbohrt. Dieser Wundkanal ist so groß, daß er etwa das Durchpassieren des Zeigefingers zuläßt. Aus der Tiefe des rechten Brustfellraumes entleert sich reichlich eine mit dunkelroten Blutgerinnseln durchsetzte, blutig gefärbte Flüssigkeit.

16. Die linke Lunge zeigt keine Verwachsungen; im linken Brustfellraum befindet sich kein fremder Inhalt.

17. Der Herzbeutel enthält etwa 25 ccm dunkelrotes Blut. Als Fortsetzung der oben beschriebenen Lungenverletzung befindet sich an der rechten Seite des Herzbeutels eine denselben durchdringende Verletzung von kreisförmiger Gestalt und etwa 2 cm Durchmesser. . . . . Vorkammern und Kammern sind blutleer, ebenso die Kranzgefäße. Die rechte Lungenvene weist in ihrem hinter dem rechten hinteren Rande des rechten Herzohres gelegenen Teile eine annähernd kreisrunde Durchtrennung auf von 1 cm Durchmesser. Die Umgebung dieser Durchtrennung ist in der Größe eines 10 Pfennigstückes blutig durchtränkt.

21. Aus dem rechten Brustfellraum lassen sich etwa $2^{1}/_{2}$ Liter dunkelrote Blutgerinnsel mit dunklem flüssigem Blute untermischt entleeren.

24. Nach Herausnahme der Lunge bemerkt man in dem an die verletzte Lungenvene angrenzenden Teile des rechten Mittellappens an dessen innerer Wand eine unregelmäßig gestaltete, wie gequetscht aussehende Gewebszertrümmerung. Beim Einscheiden an dieser Stelle zeigt sich das Lungengewebe im Durchmesser von 2 cm durchtrennt; es ergibt sich hier ein rundlicher Kanal von 3 cm Tiefe, der in der Nähe des Lungenfells an der Innenseite des Mittellappens blind endet. Dieser Kanal stellt die Fortsetzung des den Oberlappen durchsetzenden Wundkanals dar.

Die rechte Lunge ist im übrigen von blaßgrauer Farbe sowohl an der Oberfläche; wie auf dem Durchschnitte. Aus der Schnittfläche entleert sich kein Blut. . . . . Die linke Lunge ist von dunkelgrauroter Farbe, aus der Schnittfläche entleert sich von selbst etwas dunkles flüssiges Blut.

Die übrigen Organe boten, abgesehen von Blutleere, nichts Besonderes.

Das ungefähr 80 cm lange und 2 cm dicke runde Eisenstück war mit dem abgebrochenen, an den Rändern scharfen Ende auf den in gebückter Stellung sich befindenden Arbeiter H. geschleudert worden; an diesem gebrochenen Ende des Stabes fanden sich noch deutliche Blutspuren.

Der sich in einer Drehbewegung nach vorn und unten befindliche Stab hatte zunächst die rechte Bake getroffen und im oberen Teil der Verletzung zu einer Hautabschürfung geführt, im unteren Teil war durch den scharfen Rand des Stabes eine Schnittwunde verursacht.

Bemerkenswert ist, daß der obere Rand der Hautabschürfung eine scharfe, halbkreisförmige Begrenzung zeigte.

Weiterhin hatte der Eisenstab die von der Kleidung entblößte Brust getroffen und war durch den zweiten Zwischenrippenraum gedrungen, hatte auf dem Wege hierdurch ein halbkreisförmiges Stück der zweiten Rippe ausgestanzt und dann den rechten oberen Lungenlappen durchbohrt. Sodann war der Herzbeutel eröffnet und die rechte Lungenvene verletzt, schließ-

lich war der Eisenstab in den Mittellappen der rechten Lunge eingedrungen und war hier dicht unter der Pleura stecken geblieben. Analog dem Kontusionsring bei Schußverletzungen war die Hautpartie, welche die Eingangsöffnung an der Brust begrenzte, ringförmig in einer Breite von 2—3 mm abgeschürft.

Der Tod war an Verblutung erfolgt. Auffällig war der verschiedene Blutreichtum der Lungen: Während die rechte Lunge fast blutleer war, zeigte die linke noch mittelreichlichen Blutgehalt. Diese Differenz findet selbstverständlich ihre Erklärung darin, daß die Blutgefäße der rechten Lunge und die rechte Lungenvene verletzt waren; ferner hat auch wohl die Kompression der rechten Lunge durch den starken Bluterguß zu der Blutleere beigetragen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

a. Ruhr.

Beiträge zur Aetiologie der Bazillenruhr. Von Oberstabsarzt Dr. Lösener. Zentralbl. für Bakteriologie; I. Abt., Orig., Bd. 55, H. 4.

Lösener hat bei neueren Untersuchungen bei Ruhrkranken in Ostpreußen mehrfach den Bac. Y gefunden. Meist handelte es sich um sporadische Fälle in den Garnisonen Königsberg i. Pr. und Pillau. Lösener glaubt, da die Aetiologie keines der Fälle befriedigend aufgeklärt werden konnte, daß sie durch Konnex mit der Zivilbevölkerung hervorgerufen seien, und daß unter der Zivilbevölkerung die Dysenterie wegen ihres leichten Verlaufs nur nicht zur Kenntnis der Aerzte und Behörden gekommen sei.

In einem Falle, bei dem zuerst Y-Bazillen im Stuhl gefunden wurden, fand Lösener bei zwei späteren Untersuchungen Stäbchen vom Flexner-Typus, die aber weder durch Flexner-, noch ein anderes Dysenterieserum und auch nicht vom Krankenserum agglutiniert wurden. Da derselbe Typus bei zwei Ruhrfällen in der medizinischen Klinik in Königsberg gefunden wurde, glaubt Lösener, daß es sich bei seinen Ruhrkranken um eine Mischinfektion und bei diesen Flexner-ähnlichen Stäbchen um einen besonderen Typ der Dysenteriebazillen[1]) handelt.

Bezüglich der Einteilung der Dysenteriebazillen schließt sich Lösener der Einteilung von Lentz in giftige und giftarme Typen an und verwirft die Bezeichnung „Pseudo-" und „Paradysenterie" als irreführend; auch gibt er zu, daß der früher von ihm gefundene Stamm „Pseudodysenterie Königsberg" dem Y-Typus zuzuzählen ist. Er ist jedoch der Ansicht, daß die Einteilung der giftarmen Typen in die Typen „Y", „Flexner" und „Strong" nicht genügt, sondern daß auch noch andere Typen der Gruppe der giftarmen Dysenterie zugezählt werden müssen, z. B. die von ihm erwähnten Flexner-ähnlichen und die von Ruffer und Willmore als El Tor 1 bezeichneten Bazillen[2]).

Prof. Dr. Lentz-Saarbrücken.

---

[1]) Referent kann die Angaben Löseners über das kulturelle und serologische Verhalten dieser Stämme vollkommen bestätigen; bezüglich ihrer ätiologischen Bedeutung hält er jedoch zunächst noch Zurückhaltung für geboten, da bekanntlich der Befund von ruhrähnlichen Bazillen auch neben sicheren Ruhrbazillen kein ganz seltener ist.

[2]) Wie vorher unter Anm. 1 angedeutet, steht die ätiologische Bedeutung der Flexner ähnlichen Bazillen Löseners nicht sicher fest; die El Tor 1-Bazillen sind aber nach der Beschreibung von Ruffer und Willmore in allen Punkten

Ueber die Ruhragglutinine, insbesondere über ihr Verhalten in Krankenseren. Von Oberarzt Dr. Krägel-Bredenay b. Essen a. R. Zentralblatt für Bakt.; I. Abt., Orig.; Bd. 58, H. 1.

Krägel untersuchte während der von Fischer, Hohn und Stade (Klin. Jahrb.; 1910) beobachteten Ruhrepidemie die Sera der Kranken hinsichtlich der Widalschen Reaktion. In der ersten Krankheitswoche war die Reaktion nur in einigen Fällen positiv, im weiteren Verlauf der Krankheit sah er auch Agglutininwerte von 1 : 500 und einmal 1 : 1000. Acht Sera untersuchte er genauer. Er fand darunter drei, deren Titer für Flexner und Y höher war, als der für Shiga-Kruse, 1 Serum agglutinierte alle drei Stämme 1 : 1000, trotzdem in allen Fällen nur der Shiga-Kruse-Bacillus bei den Patienten gefunden wurde. Ein Serum agglutinierte sogar den Shiga-Kruse-Stamm nur 1 : 300 ±, die beiden anderen 1 : 1000 +. Der Castellanische Versuch fiel hier insofern eindeutig aus, als die Absorption der Agglutinine des Serums mit Shiga-Kruse-Bazillen alle Agglutinine, auch die für Y und Flexner herausnahmen; eine Erschöpfung des Serums mit Y und Flexner dagegen nur die Agglutinine für diese entfernte, die für den Shiga-Kruse-Bacillus dagegen unberührt ließ. Der Ausfall des Castellanischen Versuchs stand also in Uebereinstimmung mit der bakteriologischen Stuhluntersuchung.

Bei Y- und Flexnerseris sah Krägel nie Mitagglutination von Shiga-Kruse-Bazillen. Prof. Dr. Lentz-Saarbrücken.

Ueber die Erfolge der Behandlung der bazillären Dysenterie (Shiga-Kruse) mit antitoxischem Serum. Von Prof. R. Kraus. Deutsche med. Wochenschrift; 1912, Nr. 10.

Auf Grund zahlreicher Einzelberichte von Aerzten, die das Serum aus dem staatlichen serotherapeutischen Institut in Wien bezogen, empfiehlt Kraus dringend die Behandlung der Ruhr mit dem spezifischen antitoxischen Serum. Im Gegensatz zu Pfeiffer und seinen Schülern vertritt Kraus die Ansicht, daß die bazilläre Dysenterie (Shiga-Kruse) eine Toxikose ist und daß man daher günstige Resultate mit seinem antitoxischen Serum zu erwarten sucht.

Das Serum wurde in üblicher Weise in Mengen von 20—40 ccm subkutan einverleibt. Die Wirkung äußerte sich in frischen Fällen zunächst darin, daß die Kranken sich innerhalb von Stunden besserten und die Krankheit kupiert wurde. Die Mortalität der behandelten Fälle war um die Hälfte geringer als die der unbehandelten Fälle. Auf Grund günstiger Wirkung des Serums kann bei fehlender bakteriologischer Untersuchung auf dieArt der Infektion geschlossen werden, da eine Flexnerinfektion nicht beeinflußt wird.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

---

b. Epidemische Genickstarre.

Bestimmung des Meningococcus durch die Objektträgeragglutination bei der Nachforschung nach Kokkenträgern. (Aus dem bakt. Laboratorium des XV. franz. Armeekorps, Marseille). Von S. Costa. Réunion biologique de Marseille. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII, 1912, Nr. 10.

Statt des bisher von ihm angewandten Verfahrens von Dopter empfiehlt der Autor zur Ermittlung der Kokkenträger bei der Cerebrospinalmeningitis die Methode der Objektträgeragglutination. In 7 Fällen konnte er dadurch in 36 Stunden bei Gesunden oder Rekonvaleszenten nach Genickstarre den Meningococcus nachweisen. Einige der isolierten Meningokokken konnten sofort oder binnen einiger Minuten durch das spezifische Serum bis zu 1 : 200 agglutiniert werden. Bei spontaner Agglutination in physiologischer Na Cl-Lösung handelt es sich um Pseudo-Meningokokken. Träger dieser Kokken brauchen nicht isoliert zu werden; sind dagegen die echten Kokken in den Nasenhöhlen enthalten, so sind die Träger sofort zu isolieren. Dr. Mayer-Simmern.

---

den Y-Bazillen so gleich, daß sie von ihnen nicht differenziert werden können. Die Zahl der giftarmen Dysenteriebazillentypen kann vorläufig also noch nicht vermehrt werden, sondern erst dann, wenn bei der echten Dysenterie ätiologisch sicher mit diesen in Zusammenhang stehende und von den bisher bekannten Typen sicher zu differenzierende neue Bazillentypen nachgewiesen werden.

Uebersicht über das Vorkommen der übertragbaren Genickstarre in Preußen im Jahre 1911. Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten; 1912, Nr. 22, S. 175.

Im Jahre 1911 war ein weiterer Rückgang der Erkrankungen an Genickstarre zu verzeichnen. Insgesamt kamen 199 Fälle zur Anzeige gegen 369 des Vorjahres. 23 Fälle stellten sich durch den weiteren Verlauf der Erkrankung, die bakteriologische Untersuchung oder die Leichenöffnung als nicht durch den Weichselbaumschen Meningococcus bedingt heraus. In 7 Fällen handelte es sich um tuberkulöse Meningitis, in 4 Fällen entwickelte sich nachträglich Scharlach, in einem Fall lag Typhus vor, wie der Nachweis von Typhusbazillen im Lumbalpunktat ergab. Als sonstige Krankheiten, in deren Verlauf der Verdacht einer Meningitis auftrat, seien genannt: Spinale Kinderlähmung, Ohreiterung, Bronchopneumonie, Wundstarrkrampf, Nierenentzündung, Hydrocephalus. Außerdem kamen 5 Verdachtsfälle zur Beobachtung. Mit Einschluß dieser Fälle wurden im Jahre 1911: 176 (1910: 332) Erkrankungen beobachtet, darunter bei 1 Militärperson im Regierungsbezirk Wiesbaden.

Oertliche Verteilung. Auf die einzelnen Provinzen fielen Erkrankungen in den Jahren 1905 bis 1911:

	1911	1910	1909	1908	1907	1906	1905
Ostpreußen	7	8	48	21	20	18	28
Westpreußen	4	6	3	6	3	7	26
Brandenburg	25	26	59	66	93	61	84
Pommern	2	7	25	76	22	60	14
Posen	7	9	23	74	119	174	37
Schlesien	20	43	93	177	403	1011	3317
Sachsen	9	5	14	10	17	22	47
Schleswig-Holstein	5	10	14	28	74	15	21
Hannover	7	20	28	28	63	33	28
Westfalen	36	86	245	323	1059	263	70
Hessen-Naassau	7	11	23	16	26	25	26
Rheinprovinz	47	101	382	459	692	340	66
Staat	**176**	**332**	**957**	**1284**	**2591**	**2029**	**3764**

Die Zahl der Erkrankungen in den einzelnen Regierungsbezirken betrug:

	1911	1910	1909	1908	1907	1906	1905
Königsberg	3	6	40	20	12	9	6
Gumbinnen	1	—	2	—	2	7	17
Allenstein	3	2	6	1	6	2	5
Danzig	1	3	—	1	—	—	—
Marienwerder	3	3	3	5	3	7	26
Berlin	14	10	41	24	58	31	34
Potsdam	10	7	9	20	23	25	39
Frankfurt	1	9	9	22	12	5	11
Stettin	1	4	18	65	9	13	8
Köslin	1	3	4	11	13	47	6
Stralsund	—	—	3	—	—	—	—
Posen	5	5	17	68	116	167	36
Bromberg	2	4	6	6	3	7	1
Breslau	1	7	18	41	81	174	146
Liegnitz	2	4	3	9	28	26	22
Oppeln	17	32	72	127	294	811	3149
Magdeburg	7	4	7	8	16	15	38
Merseburg	2	1	6	2	1	6	9
Erfurt	—	—	1	—	—	1	—
Schleswig	5	10	14	28	74	15	21

	1911	1910	1909	1908	1907	1906	1905
Hannover	4	5	5	8	10	2	—
Hildesheim . . .	2	1	3	—	4	6	6
Lüneburg	—	4	6	4	28	17	6
Stade	1	8	9	9	11	4	9
Osnabrück	—	1	—	—	—	1	2
Aurich	—	1	5	7	10	3	5
Münster	9	14	31	48	280	35	18
Minden	1	6	17	8	4	5	4
Arnsberg	26	66	197	272	825	223	48
Cassel	1	1	9	4	7	14	17
Wiesbaden . . .	6	10	14	12	19	11	9
Coblenz	3	11	10	18	18	1	6
Düsseldorf . . .	31	73	310	280	507	320	40
Cöln	2	4	88	92	108	7	3
Trier	3	4	9	47	39	2	7
Aachen	8	9	15	27	20	10	5
Sigmaringen . . .	—	—	—	—	—	—	5
Staat	**176**	**332**	**957**	**1284**	**2591**	**2029**	**3764**

Demnach ist eine weitere Abnahme der Erkrankungen um etwa die Hälfte eingetreten. Daran sind die einzelnen Regierungsbezirke ziemlich gleichmäßig beteiligt; nur in 6 Bezirken (Gumbinnen, Allenstein, Berlin, Potsdam, Magdeburg, Merseburg) ist eine geringe Zunahme um 1—4 Erkrankungen zu verzeichnen. Drei Regierungsbezirke weisen dieselben Zahlen auf wie im Vorjahre. Wiederum kamen im Reg.-Bez. Düsseldorf 31 = 17,6 v. H.; 1910: 73 = 22 v. H.), Arnsberg (26 = 14,7 v. H ; 1910: 66 = 19,9 v. H.) und Oppeln (17 = 9,6 v. H.; 1910: 32 = 9,6 v. H.) die meisten Erkrankungen vor; mehr als 10 Erkrankungen (14) werden nur aus Berlin gemeldet.

Zeitliche Verteilung. Auf die einzelnen Monate verteilen sich die Erkrankungen folgendermaßen:

	1911	1910	1909	1908	1907	1906	1905		1911	1910	1909	1908	1907	1906	1905
Jan.	22	51	85	110	149	216	139	Septbr.	11	18	36	36	102	43	44
Febr.	16	46	82	199	260	313	320	Oktbr.	6	8	20	45	120	61	47
März	28	35	187	206	362	370	759	Novbr.	15	17	31	42	64	56	60
April	17	48	207	236	467	403	1010	Dezbr.	6	14	32	44	57	51	72
Mai	22	38	148	167	425	258	776	unbestimmt	—	—	—	—	8	—	2
Juni	11	22	55	78	301	122	339								
Juli	17	23	46	63	154	85	124	Jahr		176	332	957	1284	2591	3764
August	5	12	28	58	122	51	72								

In den einzelnen Jahreszeiten betrug die Zahl der Erkrankungen:

	1911	1910	1909	1908	1907	1906	1905
Frühjahr: März, April, Mai	67	121	542	609	1254	1031	2545
Sommer: Juni, Juli, August	33	57	129	199	577	258	535
Herbst: September, Oktober, November . .	32	43	87	123	286	160	151
Winter: Dezember, Januar, Februar . .	44	111	199	353	466	580	531

Die meisten Erkrankungen kamen demnach im Frühjahr zur Beobachtung (38 %), an zweiter Stelle im Winter (25 %). Sommer und Herbst sind ziemlich gleichmäßig beteiligt (18,8 bezw. 18,2 %). Gegen das Vorjahr hat die Erkrankungshäufigkeit etwas zugenommen im Frühjahr von 36,4 auf 38 Prozent, im Sommer von 17,2 auf 18,8 Prozent und im Herbst von 13,0 auf 18,2 Prozent, dagegen abgenommen im Winter von 33,4 auf 25 Prozent.

Geschlecht und Alter der Erkrankten. Von den Erkrankten waren im Jahre männlichen Geschlechts:

1911	1910	1909	1908
110 = 62,5 v. H.	199 = 60,1 v. H.	564 = 58,9 v. H.	738 = 57,6 v. H.

1907	1996
1477 = 57,1 v. H.	1078 = 53,2 v. H.

weiblichen Geschlechts:

1911	1910	1909	1908
66 = 37,5 v. H.	132 = 39,9 v. H.	393 = 41,1 v. H.	544 = 42,4 v. H.

1907	1906
1112 = 42,9 v. H.	951 = 46,8 v. H.

Das männliche Geschlecht ist also wiederum stärker beteiligt als das weibliche.

Von den 176 Erkrankten waren alt;

0-1 Jahre	: 15 = 8,5 v.H.	6–10 Jahre	: 37 = 21,1 v.H.	31–40 Jahre	: 4 = 2,3 v.H.
1–2 "	: 13 = 7,3 "	11–15 "	: 26 = 14,8 "	41–50 "	: 6 = 3,5 "
2–3 "	: 9 = 5,1 "	16–20 "	: 25 = 14,2 "	51–60 "	: 1 = 0,6 "
3–4 "	: 7 = 3,9 "	21–25 "	: 7 = 3,9 "		
4–5 "	: 14 = 7,9 "	26–30 "	: 12 = 6,8 "		

Die Beteiligung des Kindesalters hat gegen das Vorjahr zum Teil erheblich abgenommen, z. B. von

1–2 Jahren 7,3 v. H. gegen 13,0 des Vorjahres,
2–3 Jahren 5,1 v. H. gegen 10,6 des Vorjahres.

Es standen im Alter:

bis zu 5 Jahren 1911: 32,7; 1910: 44; 1909: 37,8; 1908: 42,9; 1907: 48,4 v. H.
bis zu 15 Jahren 1911: 68,6; 1910: 70,8; 1909: 73,1; 1908: 76,0; 1907: 79,7 v. H.

Ausgang der Erkrankungen. Von den 176 Erkrankungen befanden sich am Jahresende noch 2 in Behandlung; es bleiben also 174, bei denen die Krankheit zum Abschluß gekommen war; von diesen sind 63 geheilt und 111 = 62,6 v. H. gestorben. Es ist also wiederum eine Erhöhung der Sterblichkeitsziffer eingetreten, die 1910: 58,8, 1909: 52,69, 1908: 56,2, 1907: 62,47 v. H betrug. In manchen Regierungsbezirken betrug die Sterblichkeit 100 v. H., während sie in den am meisten befallenen Bezirken Düsseldorf und Arnsberg nur je 50 v. H. betrug.

Bei 86 Gestorbenen ist der Tag der Erkrankung und der des Todes angegeben; bei diesen erfolgte der Tod

am		am		am		am		außerdem	
1. Tage	5 mal	8. Tage	3 mal	15. Tage	4 mal	22. Tage	2 mal	am 29.–30. Tage	
2. "	3 "	9. "	2 "	16. "	2 "	23. "	0 "		3 mal,
3. "	11 "	10. "	5 "	17. "	1 "	24. "	1 "	im 1. Monat also	
4. "	5 "	11. "	2 "	18. "	2 "	25. "	1 "		82 mal
5. "	7 "	12. "	1 "	19. "	2 "	26. "	0 "	ferner	
6. "	3 "	13. "	4 "	20. "	3 "	27. "	0 "	im 2. Mon.	3 mal
7. "	6 "	14. "	3 "	21. "	1 "	28. "	0 "	" 3. "	0 "
	40 "		20 "		15 "		4 "	" 4. "	1 "
in der 1. Woche		in der 2. Woche		in der 3. Woche		in der 4. Woche		zusammen	86 mal

Von den 86 Gestorbenen sind also 40 = 46,5 (1910: 56,3, 1909: 54,1) v. H. in der 1. Woche der Erkrankung gestorben, 20 = 23,2 (1910: 13,3, 1909: 15,1) v. H. in der 2. Woche, 15 = 17,4 (1910: 14,1, 1909: 7,9) v. H. in der 3. Woche, 4 = 4,6 (1910: 5,5, 1909: 5,5) v. H. in der 4. Woche. In den ersten drei Wochen erfolgte der Tod 75 mal, d i. 87,2 v. H. der Todesfälle, 1910 in 83,6 v. H., 1909 in 77,1, 1908 in 77,8, 1907 in 73,1, 1906 in 73,8, 1905 in 78,1 v. H. Nach Ablauf der 4. Krankheitswoche trat nur in 4 Fällen, d. i. 4,6 v. H., der Tod ein, nach dem 3. Monat nur ein Fall = 1,1 v. H.

Dauernde Gesundheitsstörungen, nämlich Taubheit, hat von den 63 Genesenen nur einer zurückbehalten. Bei einem bereits von der Krankheit Genesenen bestanden noch Lähmungserscheinungen. In einem Fall wurde Schwerhörigkeit von 4 monatiger Dauer beobachtet.

Bakteriologische Untersuchungen. Zur Bestätigung der Diagnose wurden in ausgedehntem Maße bakteriologische Untersuchungen vorge-

nommen, die eigentlich nur unterblieben, wenn bei der amtlichen Feststellung der Tod bereits eingetreten, oder die Leiche schon beerdigt, oder wegen des Zustandes des Kranken die Entnahme nicht möglich war. Nur in 35 Fällen stützte sich die Diagnose Genickstarre auf die klinischen Erscheinungen. In 22 Fällen wurde sie durch die Leichenöffnung bestätigt. In 54 Fällen fiel die bakteriologische Untersuchung positiv, in 9 negativ aus, ohne daß die Art der Untersuchung angegeben ist. In der Hauptsache wurde das Lumbalpunktat untersucht und zwar 37 mal mit positivem, 11 mal mit negativem Erfolge; bei der Untersuchung des Blutes auf Agglutinationsfähigkeit für Meningokokken war das Ergebnis einmal positiv, dreimal negativ. Im Rachenschleim wurden bei 7 Untersuchungen keine Meningokokken gefunden. Unter den Angehörigen befanden sich, soweit Angaben vorliegen, 6 Keimträger. Einmal wurden im Lumbalpunktat Typhusbazillen gefunden und die Krankheit, die zuerst klinisch unter dem Bild einer Genickstarre verlief, als Typhus erkannt. Einmal fanden sich im Lumbalpunktat Staphylokokken und im Rachensekret Meningokokken. Einmal wuchsen auf dem Lumbalpunktat Pneumokokken.

Mit Serum wurden, soweit angegeben, 16 Erkrankte behandelt, von denen 9 starben und 7 geheilt wurden. Jedoch machen diese Zahlen auf Genauigkeit keinen Anspruch, da in vielen Fällen die Behandlungsart nicht angegeben ist. Nur in einem Falle wurde mitgeteilt, daß die Kranke ohne Anwendung von Serum genesen sei. In 2 Fällen ist durch Lumbalpunktion ohne nachherige Einspritzung von Serum Heilung erzielt worden.

---

c. Masern.

Die vakzinale Anergie im Verlaufe der Masern. Von Netter und René Porak. Comptes rendus de la soc. de biol.: 1912, LXXII, Nr. 21.

Von Pirquet gab für das Fehlen der Kutireaktion bei Tuberkulösen während der Masern die Erklärung, die Reaktionsfähigkeit gehe momentan verloren: die Masern lassen vorübergehend die Allergie verschwinden, versetzen sie in einen Zustand von Anergie.

Die Autoren nehmen an, daß es sich bei den Masern um eine Resistenzverminderung nicht allein gegenüber der Tuberkulose, sondern gegenüber anderen Infektionen handle. Sie prüften — wie bereits Hamburger und Schey — den Verlauf der Wiederimpfung bei den Masern und erhielten Resultate, die den v. Pirpuet mit Tuberkulin gewonnenen vergleichbar waren: Im Verlaufe der Masern verringert sich oder schwindet die vakzinale Allergie ebenso wie die auf Tuberkulin. Die masernkranken Kinder wurden durch einfachen Stich revakziniert; 90% zeigten keine Spur vakzinaler Allergie. In einem Teil der Fälle tritt nach mehr weniger langer Latenzzeit ein Wiederaufflackern der Impfreaktion ein. Bei 31 Kranken mit Bronchopneumonie, die zum Tode führte und bei 2 mit interkurrentem hypertoxischem Scharlach fehlte die Allergie dauernd. 8 Masernkranke, die zwischen 9. oder 18. Tag ihrer Erkrankung geimpft wurden, zeigten dagegen deutliche Impfallergie.

In der Annahme, daß alle Kinder bereits in dem ersten Lebensjahr geimpft werden, ist die Allergieprobe mit Impfung noch wertvoller, als jene mit Tuberkulin. Dr. Mayer-Simmern.

---

2. Wasserversorgung.

Ueber eine neue, rasch arbeitende Methode der bakteriologischen Wasseruntersuchung. Von Prof. Paul Th. Müller in Graz. Archiv für Hygiene; Bd. 75.

Das Verfahren ist folgendes: 100 ccm des zu untersuchenden Wassers werden mit 5 ccm Formalin (zur Verhinderung der Vermehrung der Bakterien) und 5 Tropfen Liquor Ferri oxychlorati versetzt. Der sich bei etwa $^1/_2$ Stunde langem Stehen bildende Niederschlag wird mit Gentianaviolettlösung versetzt, erwärmt und zentrifugiert; dann wird er auf ein genau 1 qcm großes Feld eines Objektträgers ausgestrichen. Es werden die nunmehr gefärbten Bakterien in etwa 40 Gesichtsfeldern gezählt, aus dem so bestimmten Durchschnittswert wird die Zahl der in dem ganzen Niederschlag enthaltenen Bakterien berechnet. Durch einen blinden Versuch wird die Zahl der etwa in den Reagentien vor-

handenen Bakterien bestimmt und von der gefundenen Gesamtzahl abgezogen; dies braucht jedoch nur von Zeit zu Zeit zu geschehen.

Vergleiche, die Müller anstellte, ergaben mit seinem Verfahren viel höhere Zahlen, als bei Anwendung des Gelatineplattenverfahrens. Er erklärt dies auf folgende Weise: Erstens werden bei seinem Verfahren auch abgestorbene Keime gezählt. Zweitens wird jedes Bakterium einzeln gezählt, während auf der Platte aus nahe aneinander liegenden Keimen oft nur eine einzige Kolonie wird. Drittens wächst auf Gelatine nur ein Teil der Wasserbakterien, während z. B. auf Agar erheblich mehr Kolonien sich entwickeln.

Den Hauptwert seiner Methode sieht Müller darin, daß man mit ihr keimarmes Wasser rasch als solches erkennen kann. Ein weiterer Vorteil ist, daß man die mit Formalin versetzten Proben nicht gleich zu verarbeiten braucht, da keine Bakterienvermehrung in ihnen eintritt.

Dr. Bernstein-Allenstein.

Die bakteriologische Kontrolle von Sandfilteranlagen. Von Privatdozent Dr. W. Oettinger. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 71, Heft 1.

In dem ersten Teile dieser umfangreichen und eingehenden Arbeit behandelt Verfasser unter Berücksichtigung der in Frage kommenden Literatur in kritischer Weise die Frage nach dem derzeitigen Stande unseres Wissens über das Wesen und die Leistungsgrenzen der Sandfiltration. Hiernach sind unter Ablehnung der Anschauungen Götzes, nach der die Sandfilter aus einem Rohwasser mit höchstens einigen 1000 Keimen alle Keime entfernen, aus einem solchen mit erheblich mehr Keimen, aber nur einen bestimmten Prozentsatz, und unter Ablehnung der Vermutung Götzes, daß der Filtrationsvorgang ein biologischer Prozeß und kein mechanischer Vorgang sei, auch heute noch die experimentell gestützten Anschauungen Fränkels und Piefkes als zu Recht bestehend zu betrachten: Die Sandfiltration ist ein mechanischer Vorgang; die Wirkung beruht in der Hauptsache auf der Bildung einer wirksamen Deckschicht; das Resultat besteht in einer Verminderung der Keime des Rohwassers, nicht aber in absoluter Zurückhaltung aller Rohwasserkeime.

Durch eingehende experimentelle Studien an den Breslauer Sandfilteranlagen stellte Verfasser fest, daß auch bei durchaus fehlerfreier Anlage und Betriebseinrichtung und bei fehlerfreier und gewissenhafter Handhabung der Anlage — genügende Größe der Filterfläche auch für Notfälle, geringe Geschwindigkeit, unter 100 mm in der Stunde, stets genügende Höhe der Sandschicht, Möglichkeit der Isolierung jedes einzelnen Falles bis zur Einarbeitung usw. — in manchen Werken die Filtrationswirkung doch unvollkommen ist. In der Breslauer Anlage ist die Beschaffenheit des Rohwassers daran schuld, insofern es dem Wasser an Stoffen zur Bildung einer wirksamen Deckschicht mangelt. Dieser Mangel macht sich besonders in der kalten Jahreszeit geltend, da dann auch auf den Filtern eine Vermehrung dieser Stoffe nicht stattfindet.

Für solche Filtrationsanlagen ist die Kontrolle durch Keimzählung, wie eingehend gezeigt wird, nicht ausreichend. Es bedarf vielmehr eines Verfahrens, das sicheren Aufschluß darüber gibt, ob eine erhöhte Keimzahl im Filtrat auf einen vermehrten Durchtritt von Rohwasserkeimen zurückzuführen ist. Zur Entscheidung dieser Frage eignet sich die Zählung der Kolibazillen mit Hilfe des Marmannschen Verdunstungsverfahrens. Mit diesem Verfahren konnte Oettinger sicher nachweisen, daß die winterliche Keimsteigerung im Filtrat des Breslauer Werkes in der Tat die Folge abnormer Filterdurchlässigkeit ist, sowie daß die Keimsteigerung im Oderwasser mit großer Wahrscheinlichkeit auf verunreinigende Zuflüsse von der Erdoberfläche zurückzuführen ist. Es muß daher die bakteriologische Filterkontrolle erweitert werden zu einer hygienischen Ueberwachung, die sich auf alles das erstreckt, wovon die Infektion des Rohwassers und die Wirkung der Filter beeinflußt werden kann.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Die hygienische Bedeutung von Blei und Zink im Trinkwasser. Von Dr. Drost-Kiel. Die Heilanstalt; 1912, Nr. 7.

Die Verwendung von verzinkten Eisenrohren ist stets bedenklich. Man muß in der Auswahl des Rohrmaterials vorsichtig sein. Diese sollte niemals nach allgemeinen Gesichtspunkten erfolgen, sondern sollte stets von Fall zu

Fall entschieden werden. Die Beschaffenheit des Wassers und seine Einwirkung auf das Rohrmaterial sollte für dessen Auswahl allein maßgebend sein. In zweiter Linie kommen erst technische und ökonomische Gesichtspunkte in Betracht. Bleirohre sind in technischer und ökonomischer Beziehung den Eisenrohren vorzuziehen. Bevor aber Bleirohre Verwendung finden, sollte eine eingehende Analyse des Wassers und bei irgendwelchen Zweifeln außerdem eine Prüfung auf seine bleilösende Eigenschaft erfolgen. Bei Bleirohrleitungen ist für ein kontinuierliches Gefülltsein unbedingt Sorge zu tragen. Bemerkt sei noch, daß Eisenrohre den Bleirohren vorzuziehen sind, wenn außerordentliche Druckverhältnisse in der Leitung bestehen. Dies gilt hauptsächlich für bergiges Gelände. Kohlensaure Wässer schließen jedoch aus technischen Gründen die Verwendung von Eisenröhren aus. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Sterilisierung von Luft und Wasser durch Ozonisierung. Von Ing. E. Nicolaus. Städte-Zeitung; 1912; Nr. 30.

Dem großen Petersburger Wasserwerk im Penkowaja-Stadtteil steht nur das Newaflußwasser zur Verfügung, welches selbstredend gründlicher Vorreinigung bedarf. Das Wasser der Newa unterliegt zunächst chemischer Klärung durch Aluminiumsulfat, sodann einer Schnellfiltration in 38 Jewell-schnellfiltern mit 4,5 m stündlicher Geschwindigkeit. Um das Wasser der Einwirkung des Ozon auszusetzen, ist eine aus 128 einzelnen Apparaten bestehende Ozonbatterie aufgestellt, welche in Ozonröhrenelementen den Luftsauerstoff ozonisiert. Die Betriebskosten stellen sich einschließlich Vorklärung und Schnellfiltration insgesamt auf 1,6—1,8 Pfennig pro 1 cbm Wasser. Die Ozonisierung allein kostet 0,6 Pfg. pro 1 cbm Wasser. Die bakteriologische Wirkung des Ozonverfahrens erscheint als ausreichend, da die Keimzahlen bis 3,0 bezw. 0 pro 1 ccm herabgegangen sind. Pathogene Keime werden überhaupt nicht gefunden. Andere Ozonwasserwerke sind errichtet in folgenden Städten: Paderborn, Wiesbaden, Hermannstadt, Florenz, Rovigo, Chemnitz.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Das Ozon in der Kommunaltechnik. Von Ing. H. Dominik. Städte-Zeitung; 1912, Nr. 35.

Nach einleitenden Bemerkungen über die Anwendung des Ozons für die Wasserversorgung werden die ein Versagen der Ozoneinrichtung verhindernden automatischen Apparate, der Wert des Ozonverfahrens im Gegensatz zur Wasserfiltration und seine Bedeutung für Trinkwasser aus Talsperren besprochen, bei denen das Stauwasser zugleich als Kraftquelle für die Ozonapparate herangezogen werden kann. Weiter bietet den Gemeinden das Ozon eine willkommene Gelegenheit für die Reinigung und Ventilation von Innenräumen, wie Kühlanlagen, Theatern, Krankenhäusern und dergl. Ferner werden die Ursachen der schädlichen Wirkung verbrauchter Luft erörtert, wobei zu den bisher gelösten Hauptaufgaben der Lüftungshygiene, ein schädliches Anwachsen des Kohlensäuregehaltes der Luft zu verhindern, die Aufgabe hinzugekommen ist, die Anhäufung übelriechender Substanzen einzudämmen. Gerade im Schlachthausbetrieb bedeutet die Luftreinigung durch Ozon eine Neuerung, die sich nach den Betriebsziffern in den Kühlanlagen zu Berlin, Köln und Düsseldorf sehr schnell und gut rentiert. Am Schluß wird die technische Ausführung der Luftozonisierung kurz erörtert. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Künstliches Trinkwasser. Von Dipl.-Ing. Kanth-Frankfurt a. M. Städte-Zeitung; 1912, Nr. 35.

Es wird zunächst ein Bild von den Verhältnissen gegeben, wie sich die Lage im Wasserversorgungswesen, besonders der größeren Städte entwickelt hat. Das Ziel der technischen Aufgaben muß es sein, nicht Wasser zu finden, sondern zu erfinden, nachdem Filtrationsanlagen für kleinere Orte noch als geeignet, für größere Städte aber nur als Notbehelf bezeichnet werden können. In diesem Zusammenhange bespricht Verfasser ausführlich das sogenannte Frankfurter Verfahren zur Erzeugung künstlichen Grundwassers aus Flußwasser, dessen grundlegender Gedanke es ist, durch Infiltration von Oberflächenwasser einen Grundwasserstrom zu erzeugen oder den vorhandenen Grundwasserstrom anzureichern. Unter Darstellung der theoretischen Anschauungen wird

das in Frankfurt a. M. angeordnete Verfahren der künstlichen Grundwassererzeugung, dessen technische Gestaltung, Ergebnisse und Folgerungen für die weitere Ausbreitung des Verfahrens veranschaulicht. Hiermit ist anscheinend ein Mittel gefunden, das die in bedrohliche Nähe gerückte Absenkung des Grundwasserspiegels in für die Hebung unwirtschaftliche Tiefen aufhält, wodurch die Außerbetriebsetzung mancher Wasserwerke verhütet werden kann.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Methoden der Wasserreinigung für industrielle Zwecke. Von Fr. Städte-Zeitung; 1912, Nr. 25.

Nach einer allgemeinen Schilderung der für die Kesselwasserreinigung in Frage kommenden Verhältnisse werden die verschiedenen kesselsteinverhütenden Mittel besprochen und einer kritischen Würdigung unterzogen. Vor den zur Verhütung von Kesselstein angewendeten Anstrichmittel wird unter Hervorhebung der Gründe ausdrücklich gewarnt. Es folgt eine kurze Beschreibung des Soda-Reinigungsverfahrens und ein Hinweis auf die chemischen Wasserreiniger und das Permutit-Verfahren. Zum Schluß wird eine eingehende Beschreibung des ohne Anwendung von Chemikalien betriebenen Kessel-Sparschoners „Vapor“ und ein Auszug aus einem amtlichen Gutachten über Betriebsweise und Wirkung dieses Apparates gegeben. Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

3. Abwässer-Beseitigung und Reinigung.

Ueber die Behandlung der Abwässer. Vortrag, gehalten in dem Straßburger Architekten-Vereine am 10. Mai 1912, von Dr. H. Hecker, Regierungs- und Geheimer Medizinalrat.

Kanalisationsanlagen zur Beseitigung der Abwässer — die aber in keiner Weise vorbehandelt wurden — finden wir bereits bei den alten Kulturvölkern, den Babyloniern, Egyptern, Griechen und Römern. Das waren aber meist nur kurze Stichkanäle, welche nach kurzem Laufe den Vorfluter erreichten.

Auch im Mittelalter wurden hygienische Fall- und Abwässerbeseitigungsanlagen gebaut; so waren in der Alhambra im 12. Jahrhundert schon Wasserspülklosetts, wenn auch in primitiver Weise, angelegt worden.[1])

Im übrigen haben Mittelalter und die ersten Jahrhunderte der Neuzeit, wie in der Gesamtkultur, so auch auf diesem Gebiete den Kulturepochen des Altertums gegenüber nur Rückschritte zu verzeichnen.

Mit dem Ausbau der hygienischen Wissenschaft lernte man erkennen, daß die sachgemäße Beseitigung der Fäkalien nicht nur eine Frage der Aesthetik, sondern auch der Gesundheitspflege, der Hygiene sei. Man begann daher allmählich vielerorts Einrichtungen zur möglichst einwandfreien Beseitigung der Fäkalien und Schmutzwässer zu treffen. Die Geschichte der „Reinigung“ der Schmutzwässer ist aber noch nicht 100 Jahre alt. Trotzdem ist, besonders durch die Arbeit der letzten Jahrzehnte, bereits so Bedeutendes hierin geleistet worden, daß wir in den folgenden Ausführungen nur einen kurzen Ueberblick über die wichtigsten Systeme; über ihre Vorzüge und Nachteile geben können.

Die einfachste aller Reinigungsarten der Abwässer bildet das

I. rein mechanische „Absitz“-Verfahren. Dieses besteht darin, daß man die Abwässer größere Becken oder Brunnen passieren läßt, in welchen die Geschwindigkeit der Bewegung stark verringert wird, so daß die festen Körper Gelegenheit haben, sich da abzusetzen. Auf diese Weise lassen sich günstigenfalls etwa 70 % der Schwimm- und Schwebestoffe zurückhalten.

Eine andere Form der mechanischen Anlagen bilden die

II. rein mechanischen „Abfang“-Vorrichtungen. Man unterscheidet hierbei:

a) feststehende Rechen,
b) maschinell betriebene bewegliche Rechen, Förderrechen, Fördergitter, von denen das Rechengut außerhalb des Wassers abgenommen wird,
c) Siebapparate.

Hierher sind zu zählen: die Rienschsche Scheibe, das Siebschaufelrad

---

[1]) Abwässer, Abwässerreinigung und Kanalisation. Von Privatdozent Dr. Rambousek. Archiv für Stadthygiene; Jahrgang 1912, H. 1.

von Geiger (Karlsruhe) und als bisher wohl vollendeste Konstruktion die mittels Druckluft zu reinigende Siebtrommel von Windschild (Kossebaude bei Dresden).

Einen Nachteil der sämtlichen mechanischen Verfahren bildet die Beseitigung und Trocknung des leicht faulenden Schlammes.

Nachdem man nun bemerkt hatte, daß bei langem Absitzen der sich selbst überlassene Schlamm durch Ausfaulung eine konzentrierte Form annimmt, in welcher er wenig oder gar keine Geruchsbelästigung mehr erzeugt, versuchte man bei den

III. Emscher Brunnen das Absitz- und Faulverfahren miteinander zu verbinden.

Eine weitere Verbesserung dieses Verfahrens wurde erreicht durch die

IV. Kremer Faulbrunnen, bei denen eine weitgehende Ausscheidung der schwer zersetzbaren Fette stattfindet, die dann noch industriell verwertet werden. Durch Behandlung mit Collarcid soll der hierbei gewonnene Schlamm schon nach wenigen Stunden so fest und trocken werden, daß er verfeuert werden kann. Sollte sich dies neue Verfahren bewähren, so würde das einen ganz außerordentlichen Fortschritt in der so wichtigen Frage der Schlammbeseitigung darstellen.

Eine fernere Methode besteht darin

V. die Abwässer zugleich mechanisch und chemisch zu klären.

a) Bei dem Röckner-Rotheschen Verfahren werden die von groben Verunreinigungen befreiten Abwässer mit Kalkmilch — und schwefelsaurer Magnesia als Fällmittel — behandelt, während

b) bei dem Rothe-Degnerschen Verfahren dem Abwasser Braunkohlengrus und Tonerde zugesetzt wird.

Hierbei kann der genügend getrocknete Schlamm verfeuert werden. Bei beiden Betriebsarten werden aber sehr große Schlammassen erzeugt, welche die bei dem mechanischen Verfahren gewonnenen naturgemäß noch übertreffen, und zwar um die Menge der zugesetzten Stoffe.

Man hat nun ferner die Fähigkeit des Bodens, allerhand tierische und sonstige Abgänge derartig umzuarbeiten, daß sie zur Ernährung von Pflanzen und niederen Tieren geeignet sind, benutzt um ihm die Abgänge zum Zwecke solcher Umwandlung anzuvertrauen. Man nennt diese Methode die

VI. „biologische Reinigung“. Wir unterscheiden hierbei:

a) Die Rieselfelder.

Hierbei wird das Abwasser über das betreffende Gelände verteilt. Nachdem es dann in den Boden eingedrungen, wird es durch Saugdrains, die 1,2 m tief liegen, abgeleitet. Nach Bedarf kann das Abwasser noch einer zweiten solchen Drainage unterworfen oder auf Wiesen geleitet werden. Dadurch, daß die Rieselfelder landwirtschaftlich bebaut werden, findet bei ihnen ein steter reger Stoffumsatz statt.

b) Die intermittierende Bodenfiltration.

Das von groben Beimengungen mechanisch gereinigte Abwasser wird hierbei in drainierte Sandfilterbecken, die mit Wechselbetrieb eingerichtet sind, geleitet.

c) Die Wiesenberieselung.

Diese Vorgänge der natürlichen biologischen Zersetzung der organischen Beimengungen des Abwassers hat man nun aber auch künstlich versucht.

Es ist dies die sogenannte

VII. künstliche biologische Reinigung. Unter biologischen Kläranlagen versteht man solche Anlagen, in welchen — bezw. durch welche — Abwässer mit gelösten organischen fäulnisfähigen Stoffen — ohne Zuhilfenahme chemischer Fällungsmittel — derartig verändert werden, daß die erwähnten fäulnisfähigen Stoffe zersetzt und in solche Körper übergeführt werden, welche der stinkenden Fäulnis nicht unterliegen.

Die im Abwasser etwa vorhandenen ungelösten Stoffe müssen dabei — praktisch genommen — vollkommen beseitigt werden. Diese Vorgänge durch die dies geschieht, sind teils mechanischer, teils physikalischer — bezw. chemischer — teils biologischer Natur.

Das von groben Beimengungen mittels Sandfang und Rechen mechanisch befreite Abwasser läßt man nacheinander mehrere (3) Absitzbecken, die am besten dicht verschlossen angelegt werden, durchlaufen.

In ihnen sinken die schweren Stoffe zu Boden, während die leichteren in Zersetzung befindlichen eine schwimmende Schicht bilden, welche den gesamten Inhalt wie eine undurchdringliche Platte bedeckt und den Abschluß von Luft und Licht noch vollkommener macht. Hierdurch ist den in der Flüssigkeit sich entwickelnden luft- und lichtscheuen, sogenannten anaëroben Bakterien die Möglichkeit gegeben, sich ins Ungemessene zu vermehren.

Die chemischen Vorgänge, welche in diesen Absitzbecken, zum Teil unter dem Einflusse der erwähnten Bakterien, vor sich gehen, sind sämtlich „Reduktionen".

Das diese Becken verlassende, mit anaëroben Bakterien reich beladene Abwasser wird dann noch über einen aus Koks aufgebauten Filtrationskörper fein verteilt, so daß es in Tropfenform von Brocken zu Brocken herabsickert, wie die Sole auf einem Gradierwerke. Hierbei entwickeln sich unter dem Einflusse von Luft und Licht unzählige Mikroben, die sogenannten aëroben Bazillen, die den Koks wie ein Pilzrasen überziehen. Die hierbei zugleich vor sich gehenden chemischen Vorgänge sind sämtlich „Oxydationen".

In der Nähe von Wohngebäuden kann man den Kokskörper mit Mauerwerk umkleiden und die Ausdünstungen durch Abzugsschlote geruchslos abführen.

Das Abwasser enthält bei einer derartigen gut angelegten Anlage, nachdem sie sich einige Monate „eingearbeitet" hat, d. h. nachdem die Bakterienflora sich entwickelt hat, im wesentlichen nur noch die letzten Endprodukte der Zersetzung organischer Substanzen, salpetrige Säure und Salpetersäure, und hat dabei seine Fäulnisfähigkeit vollkommen verloren. Es kann daher unbedenklich in den kleinsten Wasserlauf eingeleitet werden.

Aber noch in anderer Weise, als im vorstehenden geschildert, hat man die Natur nachzuahmen versucht, indem man den Vorgang, welcher bei der sogenannten

VIII. Selbstreinigung der Gewässer stattfindet, sich zu Nutzen machte.

Diese Selbstreinigungskraft des Wassers besteht darin, daß die gelösten und ungelösten Stoffe des Abwassers, soweit sie nicht vergast oder mineralisiert werden, von einer Menge von Bakterien, Schimmeln, niederen Algen und dergl. aufgenommen werden.

Diese dienen dann wieder zur Ernährung von Wasserpflanzen oder Wassertieren. Zu letzteren gehören Urtiere, Aëroben, Würmer, Krustazeen, Insektenlarven, Mollusken, Wasserkrebse, Wasserasseln, Spongien usw.

Man hat nun Teiche angelegt, in die das von den grobsinnlichen Beimengungen befreite Abwasser, mit der 2—3fachen Menge Flußwasser verdünnt, eingeleitet wird. In diesen entwickelt sich nun sehr bald der oben geschilderte Vorgang der Selbstreinigung. Die hierbei in letzter Linie sich ergebenden niederen Tiere dienen dann wieder den Fischen, mit denen die Teiche besetzt werden, zur Nahrung.

Nach den Untersuchungen und praktischen Erfahrungen der unter Prof. Dr. Hofers Leitung stehenden Königlichen Biologischen Versuchsanstalt in München können auf diesem Wege der normalen biologischen Selbstreinigung in einem 1 Hektar großen Abwasserteiche die Abwässer von 2—3000 Personen unschädlich gemacht werden, während man auf 1 Hektar Rieselfeld nur die Abwässer von etwa 250 Personen beseitigen kann.

Dabei kann man auf ein Hektar Fischteich durchschnittlich mit einem Ertrage von 10—12 Zentnern Fischfleisch rechnen.

In der im letzten Jahre hier in Straßburg in Betrieb gesetzten derartigen Versuchs-Anlage hatte von den eingesetzten Karpfen, die von ausgezeichnetem Wohlgeschmack waren, ein jeder in 6 Monaten durchschnittlich 2¹/₂ Pfund an Gewicht zugenommen.

Die Stadt München beabsichtigt jetzt ihre gesamten Abwässer biologisch in dieser Weise in Fischteichen zu reinigen.

Als Ergebnis vorstehender Beobachtungen dürfen wir nach alledem wohl folgendes festhalten:

1. Die mechanische Reinigung des Abwassers geschieht innerhalb bewohnten Geländes am besten mittels der Windschildschen Siebtrommel. Falls das Wasser nennenswerte Beimengungen von Fetten oder Oelen enthält, sind diese noch außerdem mittels des Kremerschen Fettfangs zu beseitigen.

Außerhalb bewohnter Gebäude sind auch die Kremer-Brunnen empfehlenswert.

2. Das so nur mechanisch geklärte Abwasser darf aber — nach den Forderungen der Hygiene — öffentlichen Wasserläufen nicht zugeführt werden, falls nicht ausnahmsweise günstige Verhältnisse betreffs des Vorfluters vorliegen; es muß vielmehr noch einer biologischen — natürlichen oder künstlichen — Nachbehandlung unterzogen werden.

3. Das mechanisch-chemische Verfahren arbeitet durchaus einwandfrei. Das Klärprodukt kann jedem kleinsten Wasserlaufe zugeführt werden.

Solche Anlagen, deren Hauptnachteil in der Bildung sehr bedeutender Mengen von Schlamm besteht, sind aber nur unter ganz besonders günstigen örtlichen Verhältnissen wirtschaftlich vorteilhaft.

4. Für Anlagen innerhalb bewohnten Geländes, besonders auch für einzelne Häuser eignet sich am besten das künstliche biologische Verfahren, weil bei geruchlosem Betriebe der auch so gut wie geruchlose Schlamm nur selten entfernt zu werden braucht.

5. Für größere Verhältnisse dürfte, besonders auch wegen des Fortfalls der Schlammbeseitigung, das natürliche biologische Verfahren vorzuziehen sein, und zwar entweder mit Hilfe von Bodenfiltration (Rieselfelder) oder für Städte, bei denen die Gelände- und Wasserverhältnisse hierzu günstig liegen, mittels Fischteichen. Letzteres scheint wirtschaftlich am vorteilhaftesten zu sein. In beiden Fällen ist aber das Abwasser einer möglichst weitgehenden Vorreinigung zu unterziehen.

Wenn die örtlichen Verhältnisse aber weder die Anlage von Rieselfeldern noch von Fischteichen gestatten, dürfte auch für größere Städte das Kremer-Verfahren zu empfehlen sein. Autoreferat.

Ueber Klärung städtischer Abwässer und Lüftungs- und Reinigungseinrichtungen städtischer Kanäle in Rheinland und Westfalen. Von Stadtbaurat Falkenroth-Bonn. Gesundheit; 1912, H. 8—9.

Aus den Angaben geht zur Genüge hervor, daß die Kosten der Beseitigung des Schlammes aus den Rinneneinläufen in der Hauptsache von der Art der Einläufe selbst abhängen, und daß auf diesem Gebiete, durch eine den Verhältnissen besser angepaßte Konstruktion derselben, noch sehr viel gespart werden kann. Das Bestreben muß dahin gehen, Schlammfang und Geruchverschluß der Rinneneinläufe gänzlich zu beseitigen und ersteren durch Rostkörbe oder an passender Stelle angebrachte Geschiebefänge zu ersetzen; es wird Aufgabe des projektierenden Ingenieurs sein, dies bei Bearbeitung neuer Kanalprojekte von vornherein zu berücksichtigen und bei vorhandenen Kanälen die Möglichkeit einer Aenderung der Schlammbeseitigung anzustreben.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Eine neue Methode der Behandlung der festen Bestandteile des Abwässerschlammes. Von A. Bencke-München. Arch. f. Stadthygiene; 1912, Nr. 4.

Die Beseitigung der festen Bestandteile der Abwässer bietet in größeren Städten ein Problem, das bisher noch nicht zur Zufriedenheit gelöst worden ist. Der Gedanke, durch Hitze dasselbe Resultat wie durch Filterpressen oder Zentrifugiermaschine, und zwar mit geringeren Kosten zu erreichen, liegt nahe; dennoch wurde er erst in jüngster Zeit von Dr. Großmann (England) aufgegriffen. Vor allem macht es keine Schwierigkeit, einen Schlamm mit 20 Proz. festen und 80 Prozent flüssigen Bestandteilen durch Absetzen zu erhalten. Es würde der Vorteil erreicht werden, daß man den größten Teil des Fettes abgesondert erhält und damit ein an sich wertvolles Produkt zurückbleibt, das einen ungleich größeren Dungwert besitzt, als der gewöhnliche, durch Filterpressen oder Zentrifugen erhaltene Trockenschlamm. Allem Anschein nach scheint das Verfahren der Destillation mit überheiztem Dampf auch den strengsten hygienischen Anforderungen gegenüber Gewähr zu bieten.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Faulraum-Schlammbehandlung in der Naumburger Abwässerreinigungsanlage. Von Ing. A. Kajet. Städte-Zeitung; 1912, Nr. 21.

1. Die Vorreinigung städtischer Abwässer in Faulräumen übt eine den

Reinigungsprozeß in nachgeschalteten biologischen Tropfkörpern fördernde Wirkung aus.

2. Die Faulraumbehandlung vom städtischen Abwässern wird durch Zuführung von Regenwasser bis zur fünffachen Verdünnung der Schmutzwässer nicht nachteilig beeinflußt.

3. Nach Zurückhaltung der durch die Kanalisation abgeschwemmten Sandmengen und Sperrstoffe bleiben die Faulräume in mehrjährigem ununterbrochenem Betriebe trotz Verengung des Querschnittes durch abgelagerte Schlammengen in voller Wirkung erhalten.

4. Der in Faulräumen niedergeschlagene Schlamm ist leicht drainierbar, geruchlos und nimmt nach Entfernung der überstehenden Flüssigkeit sofort stichfeste Beschaffenheit an, welche ohne Ablagerung auf Schlammplätzen die unmittelbare Verwendung des Schlammes für landwirtschaftliche Zwecke ermöglicht. Der Wassergehalt des nach Entleerung der überstehenden Flüssigkeit im Faulraum verbleibenden Schlammes beträgt rund 64 Prozent des Gesamtgewichts.

5. In Faulräumen abgelagerter Schlamm nimmt, im Winter auf Felder gebracht, nach dem Frost eine erdige, sich mit dem Humusboden leicht verbindende Eigenschaft an.

6. Durch den Betrieb von Faulräumen werden die Betriebskosten einer Abwässerreinigungsanlage auf ein Mindestmaß beschränkt. Die erst nach mehrjähriger Betriebszeit notwendige Ausräumung kann zeitlich der Absatzmöglichkeit des Schlammes angepaßt werden. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Kanalisation in Ragnit (Ostpr.). Von Ing. O. Geißler-Berlin. Gesundheit; 1912, Nr. 11—12.

Für eine städtische Kläranlage kommt es nicht darauf an, daß sie das Abwasser unter allen Umständen rein und klar macht. Es genügt durchaus, wenn ihm so viel von den Schmutzstoffen entzogen werden, daß die Vorflut den Rest verarbeiten kann, ohne selbst an ihrer Lebensfähigkeit Schaden zu leiden. Für die Wirkung kommt es im wesentlichen auf die Art und Einrichtung der abfangenden Rechen und Gitter an, oder, wo man auf solche verzichtet, auf die Form der Becken oder Brunnen und auf die Geschwindigkeit, mit der das Abwasser durch diese fließt. Es wäre gänzlich unangebracht, die Kläranlage für einen hohen Reinigungseffekt einzurichten; es genügt durchaus, wenn die Schmutzstoffe abgefischt werden, die sich im Fluß grobsinnlich bemerkbar machen würden. Die konzentriertesten von den erprobten mechanischen Kläranlagen sind die Rienschschen Scheiben. Soviel, wie ein gutes Absitzbecken oder ein Absitzbrunnen, die mit 30—40 mm Wassergeschwindigkeit in der Sekunde arbeiten, leistet die Riensche Scheibe nicht. Das vorteilhafteste an ihr ist, daß die Schlammbeseitigung einfach und billig wird, weil man nur die festen Schmutzstoffe abfischt. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Besprechungen.

Dr. Hartwig Klut: Untersuchung des Wassers an Ort und Stelle. Zweite, verbesserte und vermehrte Auflage. Mit 30 Textfiguren. Berlin 1911. Verlag von J. Springer. Preis: geb. 4 M.

Die neue Auflage des Klutschen Buches, dessen erste Auflage sich bei allen, die sich mit Wasseruntersuchungen befassen müssen, auf das vortrefflichste eingeführt hat, weist zahlreiche Erweiterungen und Neubearbeitungen auf. Neubearbeitet sind die Abschnitte über Blei und elektrische Leitfähigkeit; fast alle anderen Abschnitte sind unter Berücksichtigung der Literatur bis in die jüngste Zeit entsprechend dem heutigen Stande der Wissenschaft erweitert. Die besonderen Vorzüge, die das Klutsche Buch im täglichen Gebrauche fast unentbehrlich machen, sind von dem Referenten der ersten Auflage — diese Zeitschrift; 1908, S. 859 — ausführlich hervorgehoben; Referent kann sich der damaligen Besprechung nur voll und ganz anschließen. Die ausgezeichneten Ratschläge zur Beurteilung einer Wasserprobe auf Grund des erhobenen Befundes und die Vorschläge zur Beseitigung und Verbesserung von Mängeln, eine Aufgabe, die auf Grund seiner besonderen Kenntnisse und Erfahrungen auf diesem recht schwierigen Gebiete unbedingt zu den Pflichten

dessen gehört, der sich mit Wasseruntersuchungen befaßt, sowie die ausführliche und genaue Angabe der wichtigsten Literatur, die jedesmal bei dem betr. Kapitel angeführt wird, sollen noch einmal besonders hervorgehoben werden. In allen schwierigen und strittigen Fragen kann Klut sich auf große eigene Erfahrungen stützen, die er als Mitglied der Königl. Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung zu sammeln in reichem Maße Gelegenheit hat. Auch dieser Auflage wird nach ihrem inneren Wert eine günstige Aufnahme beschieden sein. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Wolfgang Weichardt, Erlangen: **Jahresbericht über die Ergebnisse der Immunitätsforschung.** VI. Band, 1910. Stuttgart 1911. Verlag von Ferdinand Enke. Gr. 8°, 668 S.

Die auf immer weitere Abschnitte der wissenschaftlichen Medizin übergreifende Immunitätsforschung — wir erwähnen hier nur die chemotherapeutischen Errungenschaften der Ehrlichschen Salvarsanentdeckung und die neuzeitliche Eiweißforschung — hat eine derartige Fülle und Vielseitigkeit von Arbeiten erzeugt, daß eine Orientierung, gleichviel zu welchem Zweck, ohne den „Jahresbericht" Weichardts gar nicht mehr denkbar ist. Die Referate der Arbeiten aus dem Jahre 1910 umfassen 600, das Sachregister allein 68 Seiten. Die für den praktischen Gebrauch so wichtige Handlichkeit und sachliche Gliederung ist in geradezu vollendeter Weise erzielt. Auch Fernerstehende, die nur gewisse Teile der Immunitätsforschung eben überfliegen wollen, werden schnell und nach Wunsch zum Ziele kommen.

Dr. Roepke-Melsungen.

Generalarzt Dr. W. Schumburg, Universitätsprofessor für Hygiene in Straßburg: **Die Tuberkulose, ihr Wesen, ihre Verbreitung, Ursache, Verhütung und Heilung.** Leipzig 1912. Verlag von B. G. Teubner. 2. Auflage. Kl. 8°, 140 S. Preis: geh. 1 M., geb. 1,25 M.

Das Schriftchen bildet den 47. Band der Sammlung wissenschaftlich-gemeinverständlicher Darstellungen „Aus Natur- und Geisteswelt". Es wendet sich an den gebildeten Laien, um seinem Verständnis das, was der Titel sagt, ausführlicher begründet nahezubringen. Soweit es möglich ist, erscheint der Zweck erreicht. Dr. Roepke-Melsungen.

Dr. E. Kuhn, Stabsarzt: **Die Lungensaugmaske in Theorie und Praxis.** Berlin 1911. Verlag von Julius Springer. Gr. 8°, 35 S. Preis: 1 M.

Zusammenfassung der Ergebnisse aus Literatur und Praxis über die Wirkung der Lugensaugmaske und die Saugmaskenbehandlung bei Lungenkrankheiten, Blutarmut, Keuchhusten, Asthma, Kreislaufsstörungen und Schlaflosigkeit. Dr. Roepke-Melsungen.

Dr. med. et L. L. D. Werner Spalteholz, a. o. Professor an der Universität Leipzig: **Ueber das Durchsichtigmachen von menschlichen und tierischen Präparaten.** Nebst Anhang: **Ueber Knochenfärbung.** Verlag von S. Hirzel. Leipzig 1911. Preis: geh. 1 M.

Verfasser gibt im vorliegenden Hefte eine von ihm im Laufe der Jahre durch mühsame Forschungen gefundene Methode an, mit der es gelingt, durchsichtige Präparate von ganzen Tierkörpern, Körperteilen und Organen herzustellen. Wenn auch das Verfahren insofern noch nicht ganz vollkommen ausgebaut ist, als Verfasser noch nicht für alle Tierklassen und Organe die genauen Rezepte zur Erreichung des gedachten Zweckes angeben kann, so wird die Methode doch für bestimmte Fälle ausführlich geschildert unter Darlegung ihrer theoretischen Grundlagen und Folgerungen und ihrer praktischen Anwendbarkeit. Die Methode, deren Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen, verspricht für wissenschaftliche und populäre Zwecke von sehr erheblicher Bedeutung zu werden. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Dr. B. Barczewski, Stabsarzt d. L., Berlin-Schöneberg. **Hand- und Lehrbuch der Reflexmassage für den praktischen Arzt.** Ein neuer Wink zur Diagnose, Therapie und Prophylaxe der Krankheiten. Berlin 1911. Verlag von J. Goldschmidt.

Verfasser ist der Erfinder einer neuen eigenartigen Form der Massage, die er als reflektorische bezw. Reflexmassage bezeichnet. Sie besteht in einem „Walken", d. h. Aneinanderreiben der beiden Blätter einer emporgehobenen Hautfalte zwischen den Fingern. Findet sich nun eine schmerzhafte Hautstelle, so leitet sie ganz von selbst auf die kranke Perioststelle; man ist dadurch in der Lage, den Sitz der stärksten Schmerzen im Periost, d. h. die wirklich kranke Stelle, den Sitz des Leidens aufzusuchen und in Angriff zu nehmen. Diese Art der Massage soll eine ungleich größere, zuweilen schon nach einigen Sitzungen eintretende, geradezu erstaunliche Heilwirkung zeigen, was B. mit einer großen Anzahl von Fällen aus seiner Praxis belegt. Es dürfte jedoch abzuwarten sein, ob ähnliche Erfolge auch von anderen Aerzten konstatiert werden können.

Die theoretischen Betrachtungen des Verfassers über „Sedimentierungen", „Reizdepots", und „Reflexwirkungen" sind jedenfalls ziemlich dunkel und nicht recht einleuchtend. Dr. Zelle-Lötzen.

Dr. Birkhäuser, Augenarzt in Basel: **Augenpraxis für Nichtspezialisten.** Mit 32 Figuren im Text und auf 4 Tafeln. Berlin 1911. Verlag von Julius Springer. Kl. 12°, 189 S. Preis: 4 M.

Das Büchlein soll dem praktischen Arzte, der gezwungen ist, einen großen Teil der Augenkrankheiten selbst zu behandeln, eine Anleitung geben, wie er am zweckmäßigsten untersucht und behandelt. Verfasser nimmt dabei lediglich auf die Hülfsmittel, die dem praktischen Arzt zur Verfügung stehen und die er anwenden kann, Rücksicht und beschränkt seine Ausführungen auf die Augenkrankheiten, die in der Praxis des Nichtspezialisten vorkommen und die er auch ohne spezialistische Vorbildung behandeln kann. Seltenere Augenkrankheiten und solche, die spezialistische Behandlung bedürfen, erwähnt er nur flüchtig unter entsprechenden Hinweisen und unter Angabe der vorläufigen Hilfeleistung, bis der Kranke in eine solche Behandlung kommt.

Die Ausführungen sind klar und verständlich geschrieben; einige sehr instruktive Bilder unterstützen das Verständnis. Was der praktische Arzt braucht, findet er sicher in dem Büchlein; es wird ihm ein guter Helfer zur Seite sein. Rpd. jun.

Dr. Birkhäuser, Augenarzt in Basel: **Leseproben für die Nähe.** Aus der Universitäts-Augenklinik Bern. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Siegrist. Berlin 1911. Verlag von Julius Springer. 8°, 34 S.

Bei den vorliegenden, mit großer Mühe und Sorgfalt zusammengestellten Leseproben hat es sich Verfasser angelegen sein lassen, die Größe von Buchstaben und ihre Zwischenräume möglichst einheitlich zu gestalten und die verschiedenen Größen in exakter Weise herzustellen. Er hat die mit großer Sorgfalt in den größten Formen ausgesuchten Originalbuchstaben auf photographischem Wege auf die verschiedenen genau berechneten Größen verkleinert. Die Sehproben, die in deutscher (mit gotischen und römischen Lettern), englischer, französischer und italienischer Sprache gedruckt sind, können nur warm empfohlen werden. Rpd. jun.

Tagesnachrichten.

Auf dem vom 4. bis 7. August d. J. in Cöln abgehaltenen **Kongreß des Weltbundes der Krankenpflegervereine** wurde nach einem eingehenden Referate des Geh. Med.-Rats Dr. Hecker (Straßburg) und drei weiteren Referenten über die „Ueberarbeitung der Krankenpflegerinnen" folgende Resolution angenommen: „Die Fortschritte der Wissenschaft im Studium und in der Erkenntnis des menschlichen Organismus und die gewonnenen Erfahrungen über die Art und Wirkung der Ermüdung auf ihn beweisen, daß es unwissenschaftlich ist und eine Vergeudung bedeutet, wenn man die menschliche Leistungsfähigkeit durch Ueberarbeitung zerstört. Wir richten daher an die Vorstände der Krankenhäuser die ernstliche Bitte, dem Problem der Ueberarbeitung unter den Pflegerinnen die gleiche Aufmerksamkeit zuzuwenden wie die Leiter industrieller Errichtungen sie jetzt für die Ueberarbeitung ihres Personals beweisen, damit die gegenwärtige unnötige und traurige Zerstörung der Gesundheit der Pflegerinnen aufhören möge."

Das internationale Komitee für das ärztliche Unterrichts- und Fortbildungswesen (Geschäftsstelle: Berlin SW. 6, Luisenplatz Nr. 2—4) plant eine **Konferenz** bei Gelegenheit des im August 1913 in London stattfindenden internationalen medizinischen Kongresses. Als Verhandlungsgegenstände sind folgende in Aussicht genommen: 1. Der gegenwärtige reguläre Gang des Universitätsunterrichtes bis zur Approbation und die für den gesamten Studiengang geltenden gesetzlichen Bestimmungen. 2. Das Verhältnis des Universitätsunterrichts zum Fortbildungsunterrichte und der gegenwärtige Stand des ärztlichen Fortbildungswesens. 3. Ueber die Notwendigkeit einer Reform des Unterrichts im Hinblick auf die Bedeutung der Technik im ärztlichen Berufe. 4. Die Wichtigkeit der sozialen Medizin und ihre Grenzgebiete als Unterrichtsgegenstand.

Preisausschreiben. Der Lombroso-Preis von 1000 Lire für die hervorragendste Arbeit oder die bedeutendste Entdeckung auf dem Gebiete der Kriminalanthropologie wird bei Gelegenheit des VIII. internationalen Kriminalanthropologenkongresses in Pest 1904 vergeben werden. Die Arbeiten oder Entdeckungen müssen im Laufe der Jahre 1911—1914 veröffentlicht sein bezw. werden.

Die Berliner Gesellschaft für Rassenhygiene hat ein Preisausschreiben über das Thema erlassen: „Bringt materielles soziales Aufsteigen der Familien Gefahren in rassenhygienischer Beziehung?“ Die Arbeiten sind spätestens bis 1. April 1913 unter der Adresse Dr. v. Korff-Petersen, Charlottenburg, Marchstraße 15 einzureichen; für die zwei besten sind Preise von 400 und 200 Mark ausgesetzt. Das Preisgericht besteht aus Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. v. Gruber, Geheimrat Prof. Dr. Martius, Dr. Ploetz und dem Vorstand der Berliner Gesellschaft für Rassenhygiene.

Das **Gesetz, betr. die Errichtung einer Apothekerkammer für Elsaß-Lothringen** (s. Tagesnachrichten in Nr. 10 dieser Zeitschrift, S. 379) hat unter dem 30. Juli 1912 die Kaiserliche Genehmigung erhalten und ist jetzt in der neuesten Nummer des Gesetzblattes für Elsaß-Lothringen (Nr. 12 vom 26. August d. J.) veröffentlicht. Gegenüber dem Entwurf enthält es insofern einige Abänderungen, als für die Besitzer ein zweijähriger Wohnsitz in Elsaß-Lothringen als Voraussetzung der Wählbarkeit verlangt wird, die Amtsdauer der Kassenmitglieder von 5 auf 3 Jahre herabgesetzt ist und die approbierten Gehilfen der Ehrengerichtsbarkeit der Apothekerkammer nicht unterstellt sind.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten sind in der Zeit vom 28. Juli bis 10. Aug. 1912 erkrankt (gestorben) an: Rückfallfieber, Pest, Cholera, Gelbfieber, Tollwut, Fleckfieber, Aussatz, Pocken: — (—): Milzbrand: 1 (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 11 (—), 1 (—); Unterleibstyphus: 275 (33), 353 (26); Ruhr: 18 (2), 26 (3); Diphtherie: 1049 (70), 1107 (71); Scharlach: 951 (46), 1004 (44); Kindbettfieber: 61 (12), 75 (14); übertragbarer Genickstarre: 1 (—), 10 (6); Fleisch- usw. Vergiftung: 19 (1)), 9 (—); spinaler Kinderlähmung: 8 (2), 11 (—); Körnerkrankheit (erkrankt): 94, 81; Tuberkulose (gestorben): 636, 614.

Pest. In Aegygten sind in den Wochen vom 3.–16. August 5 bezw. 5 Personen an Pest erkrankt 2 bezw. 1 gestorben, in Britisch Indien vom 7.–13. Juli 277 (204), in Hongkong vom 7.—13. Juli 40 (33).

Die **Cholera** ist in der Türkei (Kleinasien) noch immer nicht völlig erloschen. Die Zahl der Erkrankungen (Todesfälle) betrug in der Zeit von Mitte Juni bis 10. August 541 (555).

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 18. Ausgegeben am 20. September 1912.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,

Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch
J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 18.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Charakter als Geheimer Medizinalrat: den Kreisärzten u. Med.-Räten Dr. Schüller in Wehlau, Dr. Matthes in Breslau, Dr. Gottschalk in Rathenow, Dr. Lehmann in Hameln, Dr. Kalkoff in Kölleda, Dr. Schubert in Cöln, Dr. Ludwig in Habelschwerdt, Dr. la Roche in Beuthen (Oberschl.), Dr. Nieper in Goslar, Dr. Geißler in Torgau und Dr. Stüler in Berlin; — als Medizinalrat: dem Kaiserlichen Regierungsarzt Oberstabsarzt a. D. Dr. Schörnich beim Gouvernement in Ostafrika; — als Sanitätsrat: dem Arzt Dr. Levinstein in Berlin-Schöneberg; — das Prädikat als Professor: den Privatdozenten Dr. Müller, erster Assistent am hygienischen Institut in Kiel, Oberarzt Dr. Hohmeier und Dr. Franz Krusius in Marburg, sowie dem Reg.-Rat Dr. Rost, Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamtes in Berlin; — der Rote Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: dem Anstaltsarzt a. D. Dr. Nieter in Charlottenburg und dem Generalober- u. Div.-Arzt Dr. Meyer in Halle a. S., den Korps- und Generalärzten Dr. Naether in Dresden und Dr. Wilcke in Leipzig; — der Rote Adlerorden IV. Kl.: dem Prof. Dr. Haberer in Griesbach (Baden), den prakt. Aerzten Stadtrat

Dr. Hopf und Dr. Timpe in Dresden, den Oberstabs- u. Reg.-Aerzten Dr. Stock und Dr. Oehmichen in Dresden und Dr. Stammler in Bamberg, dem Stabsarzt Dr. Strohbach beim Kriegsministerium in Dresden; — der Kronenorden II. Klasse: dem Oberstabsarzt a. D. Dr. Hering in Neubabelsberg; — derselbe Orden III. Klasse: dem Geh. San.-Rat Dr. Brock in Berlin, den Generalober- u. Div.-Aerzten Dr. Fichtner und Dr. Burbach in Dresden, Dr. Schmidt in Leipzig und Dr. Siems in Chemnitz; — die Rote Kreuz-Medaille III. Kl.: dem prakt. Arzt Dr. Fangmeier in Küstrin und San.-Dr. Hugo Wachsen in Britz bei Berlin.

Ernannt: Der bisherige Kreisarzt und ständiger Hilfsarbeiter bei der Regierung Dr. Matthes in Arnsberg zum Reg.- u. Med.-Rat in Gumbinnen; der außerordentliche Prof. Dr. Göppler in Heidelberg zum Abteilungsvorsteher am anatomischen Institut und zugleich zum außerordentlichen Professor in der mediz. Fakultät der Universität Marburg; Kreisassistenzarzt Dr. Woda in Ratibor zum Kreisarzt in Lingen.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Liedig in Lingen zum 1. Oktober d. J. in gleicher Eigenschaft nach Paderborn.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Cramer, Landesmedizinalrat und Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen, Dr. Lesser in Hamburg, früher Assistent an der Volksheilstätte Auguste-Viktoria-Stift in Lippspringe, Dr. Bertram in Schleswig, Dr. Thilo in Nortorf (Holstein), Dr. Wichmann in Melsungen (früher in Lübeck), San.-Rat Dr. Penner in Danzig, Dr. Cronbach in Schöneberg-Berlin, Dr. Obuch aus Berlin in Weitzenrodau, Dr. Hahn sen. in Stommeln b. Cöln, Dr. Müller aus Andernach in Kreuznach, Geh. San.-Rat Dr. Bielitz in Lauenburg i. Pommern.

Königreich Bayern.

Versetzt: Prof. Dr. Hesse, Direktor der Augenklinik in Würzburg in gleicher Eigenschaft nach München.

Gestorben: Dr. Weber in Grafrheinfeld u. Dr. Jacobson in Augsburg.

Königreich Sachsen.

Ernannt: Reg.-Rat Dr. Woithe, Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamtes in Berlin zum Direktor des neu zu errichtenden hygienischen Museums in Dresden. — **Gestorben:** Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Soltmann in Leipzig.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel u. Rang eines außerordentlichen Professors: dem Privatdozenten Oberarzt Dr. Mayer in Tübingen.

Grossherzogtum Hessen.

Gestorben: San.-Rat Dr. Grote in Bad Nauheim.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel Medizinalrat: den Bezirksärzten San.-Rat Dr. Hase in Schmölln und Dr. Bonde in Roda; — das Ritterkreuz II. Klasse des Herzogl. Sachsen-Ernestinischen Hausordens: den Med.-Rat Dr. Schaefer, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Roda; — die Herzog-Ernst-Medaille: dem San.-Rat Dr. Kutschbach in Kahla und Dr. Peiser in Uhlstädt (sämtlich in Sachsen-Altenburg).

Gestorben: Kantonalarzt Dr. Müller in Dornach (Oberelsaß), Med.-Rat Dr. Bender in Camburg (Thüringen).

Erledigte Stellen.

Königreich Preussen.

Die Kreisassistenzarztstelle und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamte in **Danzig.** Jahresremuneration 2000 M. Bakteriologische Vorbildung erwünscht. Gegebenenfalls wird die Stelle auch einem noch nicht kreisärztlich geprüften Arzte vorläufig kommissarisch übertragen werden, wenn er den Bedingungen für die Zulassung zur kreisärztlichen Prüfung genügt und sich zur baldigen Ablegung der Prüfung verpflichtet.

Königreich Bayern.

Vom 15. Oktober 1912 an ist bei der K. Bakteriologischen Untersuchungsanstalt in **Erlangen** eine Assistentenstelle zu besetzen. Die Stelle ist nicht etatsmäßig; sie ist mit einem Jahresgehalte von 2400 Mark verbunden. Gesuche um Verleihung der Stelle sind mit einem selbstgeschriebenen Lebenslauf, einem Geburtszeugnis, einem Staatsangehörigkeitsausweis, dem ärztlichen Approbationszeugnis und wenn möglich mit einem Nachweis über Ausbildung und praktische Tätigkeit in der Bakteriologie bis längstens 1. Oktober l. Js. bei dem Ersten Direktor der Bakteriologischen Untersuchungsanstalt in Erlangen einzureichen.

---

25. Jahrg. 1912.

Zeitschrift
für
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Nr. 18.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Sept.

Ueber eine Pockenepidemie in Frankfurt a. M. und die impfgegnerischen Bestrebungen.

Von Dr. **E. Fromm**, Kreisarzt in Frankfurt a. Main.

Frankfurt a. M. gilt bekanntlich schon seit längerer Zeit als eine der Hochburgen, von denen aus die heftigsten Angriffe gegen die Schutzpockenimpfung erfolgen. Gerade in den zwei letzten Jahren haben hier zahlreiche Tagungen, Versammlungen, Vorträge usw. von impfgegnerischen Vereinen stattgefunden; die Impfgegner entfalteten eine außerordentlich rührige Tätigkeit, um in Wort und Schrift die gesetzlich angeordnete Impfung zu bekämpfen, allerdings bisher nur mit dem Erfolge, daß die von ihnen schlecht beratene Menge zu ihrem eigenen, materiellen Schaden sich der Autorität des Gesetzes beugen mußte.

Im Juni 1912 trat in Frankfurt a. M. eine Pockenepidemie auf, die an sich unerheblich war, aber doch wegen besonderer Umstände eine eingehendere Beachtung verdient, zumal sie geeignet erscheint, diejenigen Mitläufer der impfgegnerischen Bestrebungen, die noch einer Belehrung und Ueberlegung zugänglich sind, zu einem Besseren zu bekehren. Freilich beweist eine vor kurzem erlassene Erklärung des Syndikus des deutschen Reichsverbandes zur Bekämpfung der Impfung, G. Horst Sieber in Leipzig, daß versucht wird, unter lückenhafter und irreführender Darstellung der Vorgänge, die den Impfgegnern

recht unangenehmen Tatsachen abzuschwächen und anders zu deuten. Wie unangenehm ihnen diese Vorgänge in Frankfurt a. M. sind, beweist schon die Eilfertigkeit, mit der derartige Erklärungen veröffentlicht wurden. Anderseits geht aus diesen Erklärungen, auf die ich später noch zurückkomme, mit aller Deutlichkeit hervor, wie leichtfertig und frivol die Impfgegner mit Leben und Gesundheit ihrer Mitmenschen spielen.

Bevor ich auf die Pocken-Erkrankungen selbst eingehe, dürfte es einiges Interesse bieten, mit kurzen Worten die impfgegnerischen Verhältnisse in Frankfurt a. M. zu erwähnen.

Gegner der Impfung oder des Impfzwanges, was in praktischer Beziehung auf das gleiche herauskommt, hatte es hier, wie anderorts auch, vereinzelt schon seit längerer Zeit gegeben. Im November 1909 schlossen sie sich zu einem Impfzwanggegnerverein zusammen, dessen Zweck die Aufhebung des Impfzwanges auf „gesetzlichem Wege" ist. Als Mittel hierzu wurden vornehmlich bezeichnet: der Austausch von Erfahrungen auf dem Gebiete des Impfwesens, Sammlung und Veröffentlichungen von Impfschädigungen, Absendung von Bittschriften an den Reichstag, Auskunfterteilung in Impfangelegenheiten und Propaganda durch Versammlungen, Vorträge, Zeitschriften und Presse. Dem Vorstande gehörten außer den beiden Aerzten Dr. Bachem und Dr. Spohr noch der städtische Ingenieur Hugo Wegener an, der durch seine Angriffe gegen den Ministerialdirektor Dr. Kirchner bekannt geworden ist. Zu Beginn der Impfperiode 1910 erließ der Verein öffentliche Warnungen an den Anschlagsäulen in der auffälligsten Form, es hieß: „Wir warnen alle Eltern impfpflichtiger Kinder vor der Impfung, da hierdurch schweres Siechtum oder Tod des Impflings eintreten kann." Zum Schlusse wurde darauf aufmerksam gemacht, daß man in der Geschäftsstelle des Vereins, die sich in der Privatwohnung des Ingenieurs Wegener befand, erfahre, wie man auf gesetzlichem Wege die Impfung eines Kindes verhindern könne, ohne daß man der gesetzlichen Strafe verfällt. Die amtlichen Feststellungen ergaben, daß der Vorsitzende, Ingenieur Wegener, selbst die Auskunft erteilte. Er riet den Anfragenden, sich von den Hausärzten Impfbefreiungsatteste zu verschaffen; falls diese sich weigerten, seien die fünf Aerzte des Vereins: die DrDr. Bachem, Kabisch, Korte, Spohr und Voigt bereit, die Zeugnisse, falls zulässig, auszustellen. Er gab ferner Ratschläge, wie man die Impfung hinausschieben und umgehen könne, und forderte zum Beitritt in seinen Verein sowie zur Mitteilung von etwaigen Impfschäden auf. Ein Strafantrag gegen Wegener konnte nicht erhoben werden, da in dem öffentlichen Anschlag ein grober Unfug nicht erblickt wurde und auch die Frage, ob zum Ungehorsam gegen die Gesetze öffentlich aufgefordert wurde, verneint werden mußte; es war vorsichtigerweise sowohl auf den Plakaten, wie bei der Raterteilung stets gesagt worden: „auf gesetzlichem Wege", „soweit gesetzlich zulässig" usw. Ob und wieweit diese Verklausulierungen ernsthaft gemeint

waren, soll hier nicht erörtert werden. Da zu erwarten war, daß die Impfbefreiungsatteste in großer Zahl einlaufen würden, ersuchte ich das Königl. Polizei-Präsidium sämtliche Zeugnisse den Kreisärzten vorzulegen; man konnte dann die nicht sonderlich überraschende Beobachtung machen, daß von den genannten fünf Aerzten des Vereins nahezu die gleiche Anzahl von Zeugnissen ausgestellt wurde, wie von den übrigen 400 Aerzten der Stadt zusammen. Der Ruf dieser Aerzte verschaffte ihnen eine ausgedehnte Tätigkeit auch nach außerhalb, so teilte mir ein Kreisarzt aus dem Reg.-Bezirk Kassel mit, daß sehr zahlreiche Impfbefreiungsatteste von einem dieser Aerzte in seinem Kreis ausgestellt wurden, „in einem Dorfe allein 10 Zeugnisse à 4 M.“.

Nicht uninteressant waren die Gründe, die für die betreffenden Aerzte zur Zurückstellung maßgebend waren — vornehmlich war es die exsudative oder spasmophile Diathese, die als Befreiungsursache angegeben wurde — Ausdrücke, die dem großen Publikum vollständig unbekannt waren. Es kam nicht selten vor, daß die Eltern, wenn ich ihnen die Bedeutung dieser irreführenden Ausdrücke klar machte, ganz erstaunt und entrüstet waren, daß ihr Kind ein solches Leiden, von dem sie vorher nichts bemerkt hatten, haben sollte. Recht häufig waren ferner Lymphdrüsenanschwellungen aufgeführt, die sich bei der späteren Nachuntersuchung kaum oder so gering vorfanden, daß sie nur nach längerem Suchen gefunden und gefühlt werden konnten. Nicht minder häufig wurde chronisches Ekzem angegeben; auch hier konnte bei einem großen Teil eine chronische Hauterkrankung nicht mehr erkannt werden; vermutlich hatte ein ganz geringer, vorübergehender Hautausschlag dem impfgegnerischen Arzt diese Diagnose in die Feder diktiert. Bezeichnend ist hierfür ein Fall, der Anlaß zu einer Voruntersuchung gab:

Einem Volksschüler war wegen chronischen Ekzems, Drüsen in den Achseln und schlechten Zähnen auf drei Jahre ein Befreiungsattest von einem der genannten Aerzte ausgestellt worden. Der Knabe wurde mir zufällig bei der Impfung seiner Klassenkameraden vorgestellt; ich konnte aber hierbei keinerlei Hautausschlag noch Drüsenschwellungen vorfinden. Die Zähne waren zum Teil kariös, aber nicht in größerem Umfange, als es bei Kindern der Fall ist, die einer besonderen Zahnpflege entbehren. Der Schüler selbst konnte sich nicht erinnern, jemals an einem Ausschlag oder Drüsen gelitten zu haben. Der Schularzt sowohl, wie die während der gesamten Schulzeit geführten Gesundheitslisten bestätigten, daß der Knabe niemals erheblich krank gewesen war. Er hatte seit 1907 nur zwei halbe Tage wegen Krankheit die Schule versäumt. Nach dem Urteil des Schularztes war er für sein Alter ein recht kräftig gebauter Knabe in gutem Ernährungszustand, der sich regelmäßig am Baden, Turnen und Schwimmen beteiligte. Das Polizei-Präsidium sah sich daher veranlaßt, ein Vorverfahren gegen den betreffenden Arzt wegen wissentlich falscher Ausstellung eines Zeugnisses einzuleiten. Bei den Vernehmungen stellte es sich heraus, daß der betreffende Arzt das Kind niemals vorher gesehen oder behandelt hatte, und daß der Vater mit Umgehung des Hausarztes den impfgegnerischen Arzt nur zum Zwecke der Impfbefreiung aufgesucht hatte. Der Junge gab an, daß er, wie er sich nachträglich besonnen habe, vor 2—3 Jahren auf den Backen einen 10pfennigstückgroßen Ausschlag gehabt habe; daß er jemals geschwollene Drüsen gehabt haben solle, wisse er nicht. In seiner Verteidigung führte der Arzt als Kronzeugen das Werk von Fürst: „Die Patho-

logie der Schutzimpfung" an, das er als „klassisch" bezeichnete und in dem es heißt: „Kinder, die zu chronischen Hautleiden disponieren, auch wenn diese nicht skrophulöser Natur sind, läßt man besser ungeimpft; nicht nur, daß Dermatosen durch die Impfung zunehmen, es wird auch die Neigung zu generalisierter Vakzine geradezu provoziert." Da in der Tat vor Jahren ein geringer Ausschlag bei dem Knaben beobachtet worden ist, konnte eine weitere Anklage wegen wissenschaftlich falscher Zeugnisausstellung nicht erhoben werden. Die Angelegenheit hatte insofern noch ein kleines Nachspiel, als sich der betreffende Arzt an den Rechtsanwalt Dr. Spohr in Gießen wandte — vermutlich fand sich hierzu kein Rechtsanwalt in Frankfurt a. M. bereit — der beim Herrn Regierungspräsidenten beantragte, dem Kreisarzt zu Frankfurt a. M. seine Pflichten dringend in Erinnerung zu bringen und gegen leichtfertige Denunziationen desselben Remedur eintreten zu lassen. Die Königl. Regierung ließ es an einer entsprechenden Abfertigung nicht fehlen.

Außerdem fanden sich noch mehrfach Urticaria, chronische Pharyngitis, chronische Blepharitis, Rachenmandelschwellung als Befreiungsgründe usw. angegeben. Dabei lauteten aber die Zeugnisse, im Widerspruch zu der Geringfügigkeit des Befundes, nicht etwa auf 1 Jahr, sondern meist „unzweifelhaft auf 3 Jahre" — also bei Wiederimpflingen bis zu der Zeit, wo die Durchführung der Schutzimpfung vielfach nicht mehr möglich ist. Die übrigen 400 Frankfurter Aerzte hatten mit einer Ausnahme, die vermutlich auf einem Schreibfehler beruhte, ihre Zeugnisse, im Gegensatz zu den impfgegnerischen Aerzten, nur auf ein Jahr ausgestellt und sich somit die weitere Prüfung vorbehalten. Wie bereits erwähnt, wurden die Zeugnisse wegen ihrer ungewöhnlich großen Menge den Kreisärzten vorgelegt und dort, wo Zweifel an der Berechtigung der angeführten Gründe bestanden, eine Nachuntersuchung der befreiten Kinder durch die Impfärzte vom Königl. Polizei-Präsidium angeordnet, meist mit dem Ergebnis, daß stichhaltige Gründe für die Impfbefreiung nicht vorhanden waren, und daß die Impfung vorgenommen werden konnte. Irgendeine gesundheitliche Schädigung der Impflinge ist nicht zur Kenntnis gekommen; man ist daher wohl berechtigt anzunehmen, daß solche nicht eingetreten ist, da zweifellos selbst die geringste gesundheitliche Störung von impfgegnerischer Seite ausgenutzt worden wäre.

Mit welcher Kritiklosigkeit die Schilderungen angeblicher Impfschäden erfolgt, geht aus der Zusammenstellung von Kirchner: „Schutzpockenimpfung und Impfgesetz" hervor. Ergänzend führe ich an, daß einer der hiesigen impfgegnerischen Aerzte über drei Fälle von angeblichen Impfschäden in der Presse berichtet hatte; als er aufgefordert wurde, nähere Angaben zu machen, verlangt er zunächst Bezahlung hierfür und verschanzte sich dann hinter die ärztliche Schweigepflicht, so daß eine Nachprüfung seiner Angaben unmöglich war.

Mit der bereits erwähnten Warnung und mündlichen Raterteilung begnügte sich jedoch nicht der Impfzwanggegnerverein; er verteilte vielmehr Flugblätter in großer Anzahl, denen wir einige Sätze entnehmen:

„Der einem Kalb künstlich und zwangsweise beigebrachte, von demselben als Krankheitsstoff wieder ausgeschwitzte Pocken-Eiter wird gesunden Kindern in die Blutbahn eingeschmiert, um so eine Veredlung des Menschengeschlechts

mit Hilfe des Rindviehes zu erzielen, um mit Hilfe dieser gesundheitswidrigen, staatlich erzwungenen Blutverjauchung einen eingebildeten Schutz gegen eine im Laufe des Jahrhunderts vielleicht mal auftretende Pockenseuche zu haben, obgleich man weiß, daß dieser Wahnschutz keine 5 Jahre dauert, obgleich man weiß, daß derselbe alljährlich Hunderte von Opfern fordert, obgleich man weiß, daß es bedeutend wirksamere Mittel gegen solche Seuchen gibt als diesen Impfaberglauben.“

Auf diesem Flugblatte findet sich auch die große Entdeckung des Dr. van Niessen in Wiesbaden angeführt, die er in seinem dem Reichstage und dem Bundesrat gewidmeten Buche: „Vivos voco“ genauer beschreibt, nämlich, daß kein durch das Kulturverfahren feststellbarer Wesensunterschied zwischen den Erregern von Syphilis, Tripper und Pockenlymphe besteht. Der Schluß des Flugblattes lautet:

„Es können Euch Eure Kinder, wie hunderte von Tatsachen alljährlich beweisen, mit staatlicher Genehmigung krank, lahm, blind und totgeimpft, es können Euch qualvolle Stunden, unruhige Nächte zwangsweise bereitet werden. Der zur Zeit bestehende Zustand ist ein unhaltbarer, er gereicht dem deutschen Volke zu Schmach und Schande.“

Um auch der weiblichen Hilfe nicht zu entraten, wandte sich Frau Luise Wegener mit einem Aufruf an Deutschlands Frauen und forderte sie zur gemeinsamen Arbeit an der Befreiung ihrer Kinder von der Impfschmach auf. Frau Wegener ist die Frau des I. Vorsitzenden des Impfzwanggegnervereins, in deren Selbstverlag auch eine Reihe impfgegnerischer Schriften erscheinen. Einige Sätze des Aufrufs verdienen der Vergessenheit entrissen zu werden, z. B.

„daß der Impfschutz ein Wahn, Unwahrheit und Lüge ist, daß die Lymphe der Eiter vom Bauche eines Kalbes, vermischt mit Blutteilchen und Fetzen ist, in dem nachgewiesenermaßen Diphtherie-, Syphilis-, Tuberkel- und Starrkrampfbazillen enthalten sind. Von „mutigen“ Impfgegnern sei ein Preis von 100000 Mark ausgesetzt für den großen, wahren Impffreund, der wissenschaftlich einwandsfrei nachweist, daß die Impfung 1. nichts nützt und 2. nichts schadet. Ohne diese Voraussetzung sei die Implung wahnsinnig und verbrecherisch.“

Außerdem wurden zahlreiche Versammlungen mit Vorträgen abgehalten, in denen die Diskussion unter Leitung des I. Vorsitzenden, Ingenieurs Wegener, oft einen recht temperamentvollen Verlauf nahm, so daß sich Aerzte und Impffreunde von der Unmöglichkeit, einen sachlichen Kampf aufzunehmen, bald überzeugten.

Auch in Lichtbildern wurden die „grausigen“ Impfschädigungen vorgeführt und diejenigen Zuschauer, die ein zartes Gemüt hätten, vorsorglich ermahnt, den Saal zu verlassen, damit sie nicht durch die Gräuel der Impfungen erschreckt und erregt würden. Vielleicht befällt die Impfgegner jetzt das gleiche Grausen, wenn sie die Photographie der Frau sehen, deren Tod mit dem leichtfertigen Benehmen ihres Führers, des Dr. Spohr, in Zusammenhang gebracht werden muß.

Bei allen Versammlungen wurden impfgegnerische Schriften verteilt, namentlich die Broschüren: „Wie soll ich mich einer Impfaufforderung gegenüber verhalten?“ und die „Ratschläge für Impfgegner“.

Ihren Höhepunkt erreichten die impfgegnerischen Bestrebungen in Frankfurt a. M. in den Tagungen der Impfgegner vom 8. bis 10. September 1911, wo sich der V. Deutsche Impfgegnerkongreß, der V. Internationale Impfgegnerkongreß, die I. Tagung impfzwanggegnerischer Frauen Deutschlands und der Verein impfgegnerischer Aerzte zum gemeinsamen Kampfe gegen die Schutzpockenimpfung vereinten. Die durch die Presse, wie durch öffentliche Anschläge verbreiteten Unrichtigkeiten und tendenziösen Darstellungen veranlaßten den Aerztlichen Verein, sowie den Frankfurter Verein für Volkshygiene (Zweigverein des Deutschen Vereins für Volkshygiene) öffentlich Stellung zu nehmen und die gröbsten Entstellungen zu berichtigen. In einem Zyklus von drei Vorträgen über das Impfwesen versuchte der Verein für Volkshygiene, der überhaupt sehr lebhaft den Kampf gegen die impfgegnerischen Bestrebungen betreibt, weiterhin belehrend und aufklärend zu wirken. Ein Gesuch an die Leitung der Hygiene-Ausstellung in Dresden für die 3 Tage des impfgegnerischen Kongresses aus der Fülle der Ausstellungsobjekte einige dem Verein für Volkshygiene zu leihen und durch anschauliche und leicht verständliche Tabellen und Präparate die Bestrebungen zu fördern, wurde leider abgelehnt und damit eine von der Königl. Regierung zugesicherte pekuniäre Unterstützung hinfällig.

Einige Monate später setzte ein Ereignis ein, das doch manchem Impfgegner zu denken geben wird, trotzdem bereits in auffälliger Eile Versuche gemacht werden, die Tatsachen abzuleugnen, bezw. die aus ihnen unweigerlich sich ergebenden Folgerungen umzudeuten.

Der I. Vorsitzende des Vereins impfgegnerischer Aerzte Dr. Spohr wurde selbst ein Opfer seiner Anschauungen, indem er Ende April 1912 von einer schweren Pockenerkrankung befallen wurde. Soweit sich bei den durch ein Vertuschungssystem erschwerten und dadurch lückenhaften Erhebungen feststellen ließ, erfolgte die Ansteckung durch eine Dame aus Rußland, die im April nach Frankfurt a. M. kam, nachdem sie vorher in einem Krankenhaus in Riga an einer scharlachartigen Erkrankung behandelt worden war und dort vermutlich mit Pockenkranken in Berührung gekommen ist. In der Familie, in der sie zum Besuche weilte, erkrankten bald nach ihrer Ankunft drei Erwachsene an einem fieberhaften Ausschlage, der zunächst für Windpocken gehalten wurde; eine sechzehnjährige Tochter sowie das Dienstmädchen blieben verschont. Die beiden letzteren waren einige Jahre vorher als Schulkinder geimpft worden, während die Impfung der erkrankten Personen 30 und mehr Jahre zurücklag. Die drei Erkrankungen verliefen leicht; die Heilung trat nach kurzer Zeit ohne Folgen ein. Behandelnder Arzt war Dr. Spohr, der im Anschluß hieran ungewöhnlich schwer an Pocken erkrankte. Wie lange die Erkrankung bei ihm gedauert hat, ist mit Sicherheit nicht mehr festzustellen gewesen. Jedenfalls hat er mehrere Wochen im Mai sehr

schwer mit hohem Fieber daniedergelegen. Nachbarn haben ihn öfters auf der Veranda gesehen, das Gesicht ganz in Tüchern oder in eine Maske eingehüllt. Nach seiner Genesung, wobei es zweifelhaft ist, ob diese mit dem Aufhören der Ansteckungsfähigkeit zusammenfiel, hielt er sich einige Zeit in Gießen auf, woselbst sein Vater, der Oberst Spohr, der sich selbst mit Stolz als den „ältesten Impfgegner" bezeichnet, und sein Bruder, der Rechtsanwalt Spohr, der seine juristischen Kenntnisse den Impfgegnern leiht, wohnen. Nach einem Besuche daselbst, kehrte der Arzt Dr. Spohr auf kurze Zeit nach Frankfurt a. M. zurück, um dann eine Erholungsreise nach der Schweiz anzutreten. Von seiner Erkrankung an den echten Pocken hat Dr. Spohr den Behörden keinerlei Mitteilung gemacht, ebenso wenig von der durch ihn bewirkten Ansteckung einer Verwandten, und somit die durch das Reichsseuchengesetz angeordneten Maßnahmen vereitelt. Daß er selbst über die Ansteckungsgefahr nicht den geringsten Zweifel hatte, geht aus seinen Maßnahmen hervor. So hielt er die Kinder vom Schulbesuch fern und schickte sie zu seinen Verwandten nach Gießen; er ließ sich angeblich nur von seiner Frau und der Verwandten pflegen, nach seiner Abreise hat er eine Zimmerdesinfektion, allerdings nur von seiner Frau, vornehmen, auch neu tapezieren lassen u. a. Einen Arzt zu seiner Behandlung will er nicht zugezogen haben; es bestehen jedoch berechtigte Zweifel, ob nicht ein anderer impfgegnerischer Arzt, Dr. Bachem, der Kenntnis von der Erkrankung hatte, den Kranken wiederholt besuchte und ihn mit seinem ärztlichen Rat zur Seite stand. Diese ganzen Vorgänge hätten sich der Kenntnis der Behörden entzogen, wenn mir nicht im Juni zunächst anonym die Mitteilung zugegangen wäre, daß sich in dem Hause des Dr. Spohr ein pockenkrankes Kind befinde, und daß der impfgegnerische Arzt Dr. Bachem die Behandlung übernommen habe. Ich begab mich umgehend in die Wohnung, wohin ich durch das Königl. Polizeipräsidium auch den Arzt Dr. Bachem laden ließ. Ich fand das 4jährige Kind des Dr. Spohr am ganzen Körper mit zahlreichen Pusteln bedeckt, die teils noch eitrigen Inhalt zeigten, teils im Eintrocknen begriffen waren; es bestand nur eine geringe Temperaturerhöhung. Narben einer früheren Impfung waren nicht sichtbar; Frau Dr. Spohr gab aber an, daß das Kind vor 2 Jahren von ihrem Manne geimpft worden sei, „jedoch mit sehr schwachem, kaum nennenswertem Erfolg". Auf dem Polizeipräsidium stellte ich dann später fest, daß ein Impfschein vorgelegen hatte „4 Pusteln mit Erfolg" unterzeichnet von Dr. Spohr.

Bei dem subjektiven Wohlbefinden des Kindes ließ ich die Diagnose zunächst offen, da ich von der bereits erwähnten Erkrankung des Vaters und der Verwandten, sowie den übrigen Vorgängen keine Kenntnis hatte. Trotzdem hielt ich es für angezeigt, alle diejenigen Anordnungen zu treffen, die durch das Reichs-Seuchengesetz vorgeschrieben sind. Die vorläufige

Absonderung fiel um so leichter, als Dr. Spohr ein Haus allein bewohnt, dessen erstes Stockwerk für das erkrankte Kind und seine Pflegerin ganz allein vorbehalten war; später wurde das Kind mit seiner Mutter, die es pflegte, in das Krankenhaus übergeführt. Es wurden ferner sämtliche Insassen des Hauses geimpft, dabei ergab es sich, daß sowohl die Frau, wie die übrigen drei Kinder sehr deutliche Impfnarben trugen. Als ich den Vater am nächsten Morgen sah, waren meine Zweifel über die Art der Erkrankung des Kindes vollständig gehoben; denn er zeigte ein derartig von Pockennarben zerfetztes Gesicht, wie man es, Dank der allgemeinen Impfpflicht, in Deutschland kaum noch findet. Er gab selbst seine Pockenerkrankung zu und gestand, seine Anschauungen über die Impfung etwas geändert zu haben; er halte sie bei drohenden Epidemien für zweckmäßig. Er selbst sei niemals geimpft worden, habe aber als dreijähriges Kind, während des französischen Feldzuges, zugleich mit seinem Bruder, dem Rechtsanwalt Dr. Spohr in Gießen, die natürlichen Blattern überstanden.

Die Annahme, daß auf diese drei Erkrankungen in der Familie Spohr die Pocken beschränkt blieben, bestätigte sich bedauerlicherweise nicht. Es erkrankten noch weitere fünf Personen, von denen drei in unmittelbarer Nachbarschaft des Dr. Spohr wohnten, mit ihnen auch der Arzt, der zwei von diesen Kranken unter der Diagnose „Windpocken“ behandelt hatte. Gerade diese Uebertragung machte erhebliche Arbeit für die Verhütung weiterer Erkrankungen, da aus den Büchern des Arztes seine zahlreichen Patienten festgestellt, beobachtet bezw. geimpft werden mußten. Schließlich kam noch zur Kenntnis ein ganz leichter Fall von Pocken bei einer Arbeiterin in einer Druckerei, für die sich jedoch ein Zusammenhang mit der von Dr. Spohr ausgehenden Epidemie vorläufig nicht finden ließ, obwohl er sehr wahrscheinlich ist, vielleicht durch die Handwerker, die im Hause des Dr. Spohr arbeiteten.

Nach den vielen Wochen, die seit dem Auftreten der Pocken im Hause des Dr. Spohr verflossen waren, bevor die Behörde Kenntnis erhielt, war es nicht mehr möglich, den Gang der einzelnen Uebertragungen zu verfolgen, ob durch direkten Verkehr oder durch Kinder, Dienstboten, Putzfrauen, Gegenstände usw. Es kann jedoch nicht der geringste Zweifel bestehen, daß alle Erkrankungen vom Hause Spohr ausgingen, da sie ausschließlich in der allernächsten Nachbarschaft, wo sich gegenseitige Beziehungen nachweisen ließen, vorkamen.

Außer diesen sind in Frankfurt a. M. neue Fälle nicht beobachtet worden, auch seit einem Jahrzehnt nicht vorgekommen.

Die angeordneten Maßnahmen entsprachen denen des Reichsseuchengesetzes mit der Erweiterung, daß die Zahl der ansteckungsfähigen Personen, die einer Beobachtung unterzogen wurden, möglichst weit ausgedehnt und sehr zahlreiche prophy-

laktische Impfungen vorgenommen wurden. Hierbei wurde, wie fast jedesmal bei drohenden Epidemien beobachtet, daß die Mahnung, sich impfen zu lassen, von sehr zahlreichen Personen auf das bereitwilligste befolgt wurde, so daß viele freiwillig kamen und um Impfung baten. So wurde ich einmal sogar abends um 10 Uhr noch herausgeklingelt von einer Gruppe von 6 Personen, die mich baten, sie doch noch sofort zu impfen, was selbstverständlich auch gleich geschah.

Bei der Bekämpfung fiel noch als besonders schwieriger Umstand ins Gewicht, daß infolge des Deutschen Schützenfestes ein ungewöhnlich großer Fremdenverkehr in Frankfurt a. M. herrschte und daß eine Beunruhigung der Bevölkerung mit erheblichen wirtschaftlichen Schäden verbunden sein mußte. Es wurde daher darauf geachtet, daß alle sanitätspolizeilichen Maßnahmen ohne Störungen des Verkehrs und Belästigungen der Bevölkerung erfolgten.

Der hohe Wert der Schutzimpfung läßt sich aber unabweislich aus dem Verlauf der Erkrankungen erkennen.

Zur besseren Uebersicht der Impfungen füge ich die gleiche Tabelle an, die bereits in der „Frankfurter Zeitung" veröffentlicht und noch weiter ergänzt wurde:

	Alter Jahre	Geimpft im Jahre	Erfolg	Wieder-geimpft	Erfolg	Ob Impf-narben vorhanden	Verlauf der jetzigen Erkrank.
Fall I	31	etwa 1881	angeblich positiv	etwa 1892	angeblich positiv	?	leicht
Fall II	49	„ 1864	„	„ 1874	„	ja	leicht
Fall III	49	„ 1864	„	„ 1874	„	ja	leicht
Fall IV	47	„ 1866	„	„ 1876	„	ja	leicht
Fall V	43	nein	hat angeblich in den ersten Lebensjahren Pocken überstanden,				schwer
Fall VI	68	1845	angeblich positiv	1871	angeblich positiv	nein	leicht
Fall VII	4	1909	zweifelhaft	—	—	nein	mittelschw.
Fall VIII	55	unbekannt	angeblich positiv	1874	unbekannt	nein	sehr leicht
Fall IX	46	1867	—	1878	—	ja	leicht
Fall X	19	1894	angeblich positiv	1905	angeblich positiv	nein	leicht
Fall XI	55	1858	unbekannt	1869	unbekannt	nein	sehr schwer, gestorben

Hieraus geht hervor, daß mit Ausnahme von Fall V — Dr. Spohr —, der angeblich in seiner frühesten Jugend die Blattern überstanden haben will, sämtliche Erkrankte geimpft waren. Die damalige Erkrankung des Dr. Spohr ist von keinem Arzte diagnostiziert worden; er wurde von seinem Vater, einem Offizier, behandelt. Die Angaben, die jetzt über Art und Verlauf der Erkrankung gemacht werden, lassen sich, nachdem 40 Jahre verflossen sind, nicht mehr kontrollieren; es kann ihnen daher irgendein Wert nicht zuerkannt werden. Der Erfolg der Impfung bei den übrigen Erkrankten war sicher nur bei einem einzigen —

Fall IV — an den Impfnarben zu erkennen. Hier fanden sich recht große Impfnarben, wie man sie fast nur bei Erstimpflingen zu finden pflegt. Es ist daher wohl möglich, daß sie von der erfolgreichen Impfung vor 45 Jahren herrühren, während die Wiederimpfung vor 34 Jahren keine sichtbaren Merkmale hinterlassen hat. Jedenfalls hat der durch diese Impfung gewährte Schutz sich in dem sehr leichten Verlauf der Erkrankung, die nur eine kurz andauernde Temperaturerhöhung und geringe Pustelbildung zeigte, wohltätig bemerkbar gemacht. Bei den übrigen Patienten war man in Ermangelung sichtbarer Narben nur auf die Angaben angewiesen, die bei der Länge der Zeit, die seit der Impfung verstrichen waren, nicht sehr bestimmt gemacht wurden. Da aber die Erkrankungen leicht verliefen und ohne jegliche Folgeerscheinungen abgeheilt sind, so ist man wohl berechtigt, den Erinnerungen der Patienten zu trauen und den günstigen Ausfall auf die Schutzimpfung zurückzuführen, die die Krankheitserscheinungen in erheblicher Weise abschwächte. Schwer erkrankten nur 3 Personen, dies waren Dr. Spohr selbst und sein Kind, von dem ich mit größter Wahrscheinlichkeit annehme, daß es mit keinem oder nur ganz geringem Erfolg geimpft wurde. Dr. Spohr hat sein Kind selbst geimpft und auch seiner Zeit der Behörde gemeldet, daß die Impfung mit 4 Pusteln erfolgreich gewesen ist. Während für gewöhnlich die Erstimpfung lange Zeit tiefere Narben hinterläßt, fehlten diese bei dem Kinde vollständig, auch gab die Mutter an, daß nur ein „sehr geringer“ „kaum nennenswerter“ Erfolg gewesen sei. Man ist daher wohl berechtigt, Zweifel zu hegen, ob die Impfung so ausgeführt wurde, daß sie einen wirksamen Schutz verleihen konnte.

Es drängt sich unwillkürlich die Frage auf, wie es die impfgegnerischen Aerzte mit ihren Anschauungen vereinen können, Impfungen vorzunehmen. Wenn sie wirklich an die Schädlichkeit der Impfung glauben, dann müßte man von ihrer Gewissenhaftigkeit erwarten, daß sie jede Impfung ablehnen, andernfalls liegt die Vermutung nahe, daß sie in der Vornahme der Impfung und der Beurteilung des Erfolges sich von ihrer Ansicht beeinflussen lassen. Daß die Bevölkerung tatsächlich solche Gedanken hegt, geht daraus hervor, daß oft von weither derartigen Aerzten Kinder zur Impfung gebracht werden; so sind Kinder von der Rheinprovinz, aus dem Bezirk Cassel hiesigen impfgegnerischen Aerzten zugeführt worden.

Die übrigen drei Kinder des Dr. Spohr, die sehr deutliche Impfnarben zeigen, erkrankten nicht, trotzdem die Möglichkeit doch in gleichem Maße vorlag, wie bei dem jüngsten „schwach geimpften“ Kinde. Schwer erkrankte ferner noch Frau F., Fall XI, bei der die Erkrankung gleich anfangs in der Form der Variola confluens auftrat. Der Tod erfolgte unter den Erscheinungen einer akuten Nierenentzündung; auch hatten sich bronchopneumonische Herde ausgebildet. Ueber die Impfverhältnisse dieser Verstorbenen waren genauere Ermittelungen nicht mög-

lich festzustellen. Sie erzählte mir, daß sie als Kind und auch wohl in der Schule geimpft worden sei, konnte sich aber nicht mehr besinnen, mit welchem Erfolg dies geschehen sei. Ich habe daher vor der Ueberführung in das Krankenhaus eine sehr sorgfältige Untersuchung der Arme auf Narben vorgenommen, jedoch keine gefunden. Es muß daher unentschieden bleiben, ob tatsächlich eine erfolgreiche Impfung vor nunmehr 43 Jahren stattgefunden hatte.

Den Wert des Impfschutzes beweist aber sehr eindrucksvoll das Ausbleiben der Erkrankung bei solchen Personen, die mit den Erkrankten in unmittelbare Berührung kamen. So erkrankten nicht die Tochter und das Dienstmädchen der Familie, bei der die russische Dame sich aufhielt, trotzdem die Gefahr einer Uebertragung infolge des Nichterkennens des Leidens und des sehr engen familiären Verkehrs sehr nahe lag. Beide waren erst vor 3 bezw. 4 Jahren geimpft worden. Es erkrankten nicht die drei Kinder des Dr. Spohr, deren Impfung wenige Jahre zurücklag, seine Frau und das Dienstmädchen, die alle sehr deutliche Impfnarben aufwiesen; es erkrankten ferner nicht die Familienmitglieder der übrigen Erkrankten, die Aerzte, das Pflegepersonal, die Sektionswärter und Leichendiener, die Desinfektoren usw., die sämtlich geimpft waren bezw. geimpft wurden. Schließlich darf ich selbst noch mich anführen, der die erste Diagnose bei den Erkrankten gestellt, sie mehrfach untersucht und alle Ermittlungen geleitet hat, wobei häufige Berührungen usw. nicht zu vermeiden waren.

Wie bereits erwähnt, hat auch die Bevölkerung, soweit sie glaubte, in Berührung mit Kranken oder Krankheitsverdächtigen gekommen zu sein, sich bereitwillig und vielfach unaufgefordert impfen lassen; ich glaube, daß diese Einsicht nicht unerheblich beigetragen hat, die Erkrankungen auf die geringe Zahl zu beschränken.

So bestätigen die Vorgänge in Frankfurt a. M. wieder von neuem die regelmäßig gemachte Beobachtung, daß die Impfung vor der Erkrankung bewahrt, oder wenn sie bereits längere Zeit zurückliegt, daß sie immer noch imstande ist, die Erkrankung abzuschwächen und einen leichten Verlauf zu sichern.

Wenn uns somit die kleine Epidemie in überzeugender Weise den Wert der Schutzimpfung dartut, so gestattet sie uns aber auch einen sehr belehrenden Einblick in die leichtfertigen und jedes Verantwortungsgefühls baren Anschauungen der Impfgegner. Wir erfahren, daß Dr. Spohr im April 4 pockenkranke Personen behandelt hat, allerdings zunächst mit der Diagnose: „Wasserblattern". Nachdem er sich aber bei dieser Behandlung eine Erkrankung geholt hat, über deren Beschaffenheit als „echte Pocken" er selbst keinen Zweifel hatte, hören wir nichts, daß er die Familie und deren Umgebung auf die Gefahren der Uebertragung aufmerksam machte; er ließ es zu, daß die eine Dame wieder abreiste, und daß die Familie in ihrem Verkehr keinerlei Beschränkungen erfuhr. Schon von hier aus war die

Möglichkeit einer Ausbreitung der Erkrankung zu befürchten; sie wurde noch größer durch das weitere Verhalten des Dr. Spohr. Ist schon ein Nichtgeimpfter eine große Gefahr für die Allgemeinheit, so ist dies um so mehr der Fall bei einem nicht geimpften und impfgegnerischen Arzt. Als Dr. Spohr dann selbst erkrankte, hat er nicht nur seine Erkrankung 7 bis 8 Wochen lang verheimlicht, sondern auch die seiner Verwandten, die von ihm angesteckt wurde, er hat auch zugelassen, daß in seinem Hause fremde Leute verkehrten.

Sowohl aus seinen Erklärungen, als aus denen des Syndikus des Deutschen Impfgegnervereins Sieber ist zu entnehmen, daß der ungeimpfte Vater, Oberst Spohr, sowie der gleichfalls nicht geimpfte Bruder, Rechtsanwalt Spohr, beide aus Gießen, mehrmals zum Besuche des Kranken in Frankfurt a. M. waren; beide haben sich nicht gescheut, nachdem sie am Krankenlager gestanden haben, nach Gießen zurückzufahren und ohne jegliche Gewissensskrupeln alle Personen, die mit ihnen auf der Fahrt oder in Gießen in Berührung kamen, der Gefahr einer Ansteckung auszusetzen. Auch die Kinder, die bis zum Ausbruch der Erkrankung, also während der ganzen Inkubationszeit, mit dem Vater zusammenlebten, die also als Zwischenträger die Ansteckung weiter verbreiten konnten, wurden nach Gießen geschickt und dort bei Verwandten untergebracht, ohne daß besondere Schutzmaßregeln oder Verkehrsbeschränkungen vorgenommen wurden. Für Dr. Spohr, der als Säule des Impfgegnertums, die Pockenliteratur genau kennt, konnte es kein Zweifel sein, daß durch Besuche und die Kinder, auch wenn sie selbst nicht erkrankten, ebenso wie durch leblose Gegenstände die Krankheit weiter verbeitet werden kann. Wir wissen ferner (allerdings hat sich dies alles erst mehrere Monate später nach und nach herausgestellt), daß er mit verbundenem Gesicht auf der Veranda seines Hauses sich aufgehalten hat, dabei Schuppen und Krusten von seinem Körper entfernt hat, daß die Betten zum Fenster hinausgeschüttelt wurden usw. Auch die Desinfektion der Räume nach der Genesung wurde nicht durch die erfahrenen Desinfektoren der städtischen Desinfektionsanstalt, sondern durch die Frau ausgeführt. Dr. Spohr ließ es zu, daß Handwerker in die Räume gelangten und dort arbeiteten, und es besteht die Vermutung, daß die Erkrankung des einen Mädchens durch den Verkehr mit Handwerkern erfolgt ist.

Nicht minder tadelnswert vom sittlichen und ärztlichen Standpunkt war auch das Verhalten des Dr. Bachem, der mich bei den ersten amtlichen Ermittlungen bei dem Kinde Spohr durchaus in Unkenntnis hielt über die Art der Erkrankung des Vaters, trotzdem er diesen wiederholt am Krankenbette besucht hatte. Er hielt mir gegenüber die Diagnose „Wasserblattern" bei dem Kinde immer noch aufrecht, obwohl ihm der Zusammenhang mit dem Leiden des Vaters bewußt sein mußte, und obwohl er die schulpflichtigen Kinder des Dr. Spohr vom 4. Mai an wegen „Infektionskrankheit", wie es im Zeugnis heißt, vom

Schulbesuch zurückhielt. Allerdings gelang es ihm nicht, die bereits am ersten Tage gestellte Wahrscheinlichkeitsdiagnose der Variola zu erschüttern, und damit die angeordneten Maßnahmen, Absonderung, Impfung und Ueberwachung der Hausbewohner zu verhindern. Wäre Dr. Spohr aus der Schweiz nicht zurückgerufen worden und hätte sein pockennarbiges Gesicht nicht den Schleier über die Art der Erkrankung gelüftet, von dem Arzte Dr. Bachem wäre nichts getan worden, um die Behörden bei ihren Maßnahmen zu unterstützen; im Gegenteil, er hielt an ihrer Mystifikation fest.

Man muß es auf das lebhafteste bedauern, daß ein Arzt sich derartig dem Fanatismus, seinen impfgegnerischen Anschauungen hingibt, daß er vollständig das Gefühl dafür verliert, wozu ihn sein Stand als Arzt und seine Stellung in der menschlichen Gesellschaft verpflichtet, daß er, seinen egoistischen Interessen folgend, rücksichtslos seine Mitmenschen in Gefahr bringt. Man wird wissenschaftliche Anschauungen, selbst wenn sie von der großen Mehrheit als unrichtig erkannt sind, achten, aber sie dürfen nicht zur Folge haben, daß sie die Allgemeinheit gefährden und sich gegen die zu deren Schutz erlassenen gesetzlichen Vorschriften auflehnen. Es soll niemanden für sich allein benommen werden, als ein Märtyrer seiner Idee zu leiden, aber andere Unerfahrene und Unschuldige mit hineinzuziehen, sie der größten Lebensgefahr auszusetzen, ist unverantwortlich.

Wegen der Verletzung der Anzeigepflicht wurde Dr. Spohr gemäß § 45 des Gesetzes vom 30. Juni 1900 mit 100 Mark Geldstrafe belegt. Es wird von den Angehörigen der Erkrankten außerdem versucht, ihn zivilrechtlich haftbar zu machen; auch sind bereits Voruntersuchungeu im Gange, wie weit er sich einer fahrlässigen Körperverletzung bezw. fahrlässigen Tötung schuldig gemacht hat. Gegen die bisherige milde Bestrafung eines Mannes, der aus egoistischen Gründen so leichtfertig mit Leben und Gesundheit der Bevölkerung umgegangen ist, lehnte sich das Volksgefühl in lebhaften und zum Teil sehr drastischen Aeußerungen auf. Dr. Spohr sah sich veranlaßt, an seine Freunde und Patienten ein offenes Rundschreiben zu versenden, in dessen ersten Sätzen es heißt:

„Um verschiedenen Verleumdungen und Verdrehungen der Wahrheit entgegenzutreten, sehe ich mich veranlaßt, folgendes der Wahrheit gemäß mitzuteilen:

Ich behandelte im April in einer Familie 2 leicht an Blattern (Variolois) Erkrankte. Da ich die Erkrankung damals für Wasserblattern hielt, so machte ich keine Anzeige. Ich selbst aber erkrankte Ende April infolge Ansteckung ziemlich schwer an den Blattern.

Da ich aus guten Gründen keine Lust hatte, mich ins Krankenhaus stecken zu lassen, so ließ ich auch diesen Fall nicht anzeigen. Wohl aber traf ich alle Maßregeln, um einer Weiterverbreitung der Krankheit vorzubeugen. Ich sandte meine Kinder zu Verwandten und isolierte mich vollkommen mit meiner mich pflegenden Frau. Nur Herr Dr. Bachem hat mich im Mai einige Male besucht und sich stets danach gründlich desinfiziert."

Die Tagespresse hat die einzelnen Sätze dieses Rundschreibens in gebührender Weise beleuchtet.

Die Frankfurter Zeitung schrieb bezüglich der Unterlassung der Meldungspflicht:

„Das war und ist erste Pflicht eines jeden Arztes bei einem so ernsten Krankheitsfalle, der die anderen Menschen gefährlich bedroht, und wer dieser Pflicht nicht nachkommt, der heilt nicht seine Mitmenschen, sondern bringt sie in Krankheit und Gefahr, wie Dr. Spohr, wir möchten noch hinzufügen ‚in den Tod'."

Ein Artikel aus dem Frankfurter General-Anzeiger schildert so gut den Unwillen der Bevölkerung, daß er hier noch, wenn auch abgekürzt wiedergegeben werden soll:

„Herr Dr. Spohr hat es nicht für nötig gehalten, von seinem Zustande der Behörde Mitteilung zu machen. Und die Folgen, mittelbaren und unmittelbaren, waren, daß kurze Zeit darauf eine ältere Dame erkrankte, die gegenüber Dr. Spohr wohnt, daß sein eigenes Kind von den Pocken befallen wurde und daß kurz nacheinander noch vier weitere Personen von dem furchtbaren Leiden ergriffen wurden, vier Personen, von denen wieder drei in unmittelbarer Nähe des Arztes wohnten. Und eine 55jährige Frau büßt Herrn Dr. Spohrs „gute Gründe" — mit ihrem Leben. Weil er „keine Lust" hatte, „sich ins Krankenhaus stecken zu lassen", müssen fünf andere Personen hinein, wird eine sechste ihrem Wirkungskreise, ihrer Familie für immer entrissen. Eine Frau, deren berufliche Tätigkeit so umfangreich war, daß sie damit die Kosten eines ganzen Haushaltes deckte. Wir meinen, daß nach diesen bedauerlichen Konsequenzen Herr Dr. Spohr alle Ursache gehabt hätte, einzusehen, daß er einen sehr schweren Fehler gemacht habe, als er es unterließ, seiner Anzeigepflicht als Arzt und als Haushaltungs-Vorstand Genüge zu leisten. Wir hätten geglaubt, daß die Wucht der Verantwortlichkeit wegen solcher Folgen schwer auf dem Arzt und dem Menschen lasten würde, und finden es nach den Vorgängen nicht verständlich, daß er seine Unterlassung — wenn er es schon für nötig hält, sie zu motivieren — damit begründet, daß er gewissermaßen öffentlich sagt: „Ich habe diese Anzeige unterlassen, da ich aus guten Gründen keine Lust hatte, mich ins Krankenhaus stecken zu lassen." Das ist nach unserer Meinung keine Motivierung, sondern eine Charakterisierung seiner Handlungsweise. Diese Nichtbeachtung sanitärer Bestimmungen ist ein durch nichts entschuldbares Unterlassen, das — wenn nicht die Behörde sofort beim Durchsickern des Gerüchts energisch eingegriffen hätte — vielleicht eine Epidemie zur Folge gehabt hätte, eine Epidemie zu einer Zeit, in der Tausende von Fremden in Frankfurt weilten. Mit dieser Möglichkeit und mit ganz unübersehbaren wirtschaftlichen Schäden hätte die Stadt Frankfurt zu rechnen gehabt — — weil Herr Dr. Spohr „keine Lust hatte." . . . .

In weiteren Veröffentlichungen suchte Dr. Spohr dieses „Nicht Lust haben" durch allerlei nichtige Gründe abzuschwächen, wie, daß in der Isolierbaracke nur eine Badewanne vorhanden gewesen sei. In Anbetracht, daß für 6 Personen eine Wanne vollständig ausreicht und daß die mustergültigen Einrichtungen des Krankenhauses jederzeit bei Bedarf die Vermehrung der Badegelegenheit ungesäumt gestattet, ist eine solche Begründung nicht mehr ernst zu nehmen. Dasselbe gilt von der weiteren Befürchtung des Dr. Spohr, daß er im Krankenhause vielleicht mit „Landstreichern und Zigeunern" hätte zusammenhausen müssen. Aus dem Munde eines Arztes, der als Menschenfreund keinen Unterschied zwischen Arm und Reich machen soll, klingt eine derartige Ansicht recht inhuman und seltsam; sie erscheint um so seltsamer, als seit einem Jahrzehnt keine derartigen Pockenkranke im städt. Krankenhause

waren. Am wenigsten stichhaltig erscheint die dritte Ausflucht, daß er die trockene Behandlungsmethode, wie sie im Krankenhause durchgeführt werde, nicht für richtig hält. Abgesehen davon, daß er nicht wissen konnte, ob die Aerzte des Krankenhauses ihn nicht seinem etwaigen Wunsche entsprechend behandelt hätten, spricht doch der Verlauf seiner Erkrankung dafür, daß sein Verfahren durchaus nichts Besseres, im Gegenteil Schlechteres geleistet hat, als die Behandlungsweise des städtischen Krankenhauses; denn er ist ungewöhnlich schwer 8 Wochen krank gewesen und die zahlreichen Pockennarben seines Körpers lassen einen besonders guten Erfolg seiner Therapie nicht erkennen.

Auch sonst macht die den Impfgegnern recht unbequeme Erkrankung ihres Führers manche Theorie zu Schanden. Sie pflegen meist die Pocken als eine „Schmutzkrankheit" zu bezeichnen und führen das jetzt seltene Auftreten auf die günstigen hygienischen Verhältnisse zurück, deren wir uns in Deutschland erfreuen. Nach ihren in der Literatur vielfach niedergelegten Behauptungen ist es möglich, die Erkrankung durch große Sauberkeit, reichliches Licht, Luft, gute Wohnung usw. zu verhüten. Mit Recht muß man die Frage aufwerfen, wie es denn möglich sein konnte, daß bei Dr. Spohr, dem von Jugend auf die Grundsätze der Hygiene und der naturgemäßen Lebensweise durch seinen Vater eingeprägt waren, die Erkrankung auftrat und daß er nicht verhüten konnte, daß die Erkrankung trotz aller Vorsicht auf seine Verwandte und sein eigenes Kind überging.

Man wird sich nun fragen, ob nach dieser kleinen, aber recht lehrreichen Epidemie die Impfgegner soviel Einsicht und Urteilskraft entwickeln, um aus den Vorgängen die richtigen Folgerungen zu ziehen und von ihren irrigen Anschauungen abzustehen. Bei dem Fanatismus der Führer ist dies kaum zu hoffen, darauf deuten bereits die Erklärungen des Syndikus des Impfgegnerverbandes, sowie des bereits mehrfach genannten Frankfurter Ingenieurs H. Wegener hin, die sämtliche Erkrankungen für völlig natürlich und nicht aufhebenswert erklären, unnatürlich sei nur das Geschrei, das dieser Sache wegen gemacht werde. In den Augen dieser beiden Führer der Bewegung gegen die Impfung ist das ungesetzliche Verhalten des Dr. Spohr natürlich, sind Erkrankungen an Pocken, sowie der Tod einer Erkrankten nicht aufhebenswert.

Mir sind von Kollegen zahlreiche Zeitungsausschnitte zugegangen, die die irreführenden Erklärungen des Dr. Spohr enthalten, während die von Kollegen oder mir gegebenen Richtigstellungen nicht abgedruckt wurden. Der Aerztliche Verein sah sich daher auf mein Ersuchen, zu einer Erklärung veranlaßt, die an eine größere Anzahl von Zeitungen geschickt wurde, aber auch den Kreisärzten zuging mit der Bitte, für ihre Verbreitung in der Presse Sorge tragen zu wollen.

Wir hoffen, daß gerade diese Vorkommnisse zahlreiche

Mitläufer der impfgegnerischen Bestrebungen zur Besinnung bringen werden und daß die Erkrankung des Hauptführers mit ihren Begleitumständen zu denken geben wird. Angesichts der nicht wegzuleugnenden Tatsache, daß die Geimpften gar nicht, oder nur in sehr milder Form erkrankten, wird doch wohl mancher bisheriger Impfgegner, der kritiklos den Führern folgte, seine Ansicht über den Wert der Schutzimpfung ändern und anerkennen müssen, daß jede Aenderung des Impfgesetzes schwere Schädigungen für den einzelnen wie für die Allgemeinheit nach sich ziehen muß.

Ein angeblicher „Impf“todesfall.

Von Kreisassistenzarzt Dr. **Bröckerhoff** in Dortmund.

Am 12. Mai zeigte der Impfarzt Dr. L. in R. an, der am 7. Mai von ihm wiedergeimpfte Knabe K. sei am 9. Mai an Magenblutungen gestorben. Die sofort angestellten kreisärztlichen Ermittelungen ergaben folgendes Resultat:

Der Impfarzt erklärte, es sei dem Knaben K., sowie mehreren anderen Knaben auch, bei dem Impfgeschäft „schlecht“ geworden. Er selbst und der mitanwesende Rektor der Schule hätten das bemerkt, hätten den Knaben vorsichtig flach hingelegt und leichte Belebungsmittel angewandt. Daraufhin sei es dem K. bald wieder besser geworden. Er hätte nach Hause gehen können, zur Vorsicht wären aber einige andere Knaben zu seiner Begleitung mitgeschickt worden.

Die Eltern K. gaben an, ihr Sohn sei, bis er zum Impfen ging, völlig gesund und guter Dinge gewesen; das Essen habe ihm, wie immer, geschmeckt; er habe weder über irgendwelche Schmerzen, noch über Müdigkeit, noch sonst über etwas geklagt. Als er von dem Impftermin nach Hause gekommen sei, wäre er sehr blaß gewesen, habe über Kopf- und Leibschmerzen geklagt und sich bald zu Bett gelegt. Er habe erzählt, er sei gefallen; seitdem habe er die Beschwerden. Der Knabe habe dann mehrere Male Blut in mäßiger Menge erbrochen, größere Mengen schwärzlichen Blutes seien mit dem Stuhlgang abgegangen. An den Impfstellen sei nichts zu bemerken gewesen; trotzdem war bei den Ermittelungen zu bemerken, daß die Eltern der Impfung die Schuld an dem Tode des Knaben beimaßen, wenn sie es auch nicht direkt aussprachen.

Der behandelnde Arzt Dr. D. gab folgenden Krankheitsbericht:

Er habe den Knaben mit deutlich gestörtem Sensorium im Bette liegend gefunden. K. habe leise gestöhnt und über Kopf und Leib geklagt. Der Puls sei klein und frequent gewesen, Temperatur nicht nennenswert erhöht. An den Impfstellen, wie überhaupt am Arm und den benachbarten Drüsengruppen hätten keinerlei krankhafte Veränderungen bestanden. Lungen und Herz ohne Besonderheiten. Leib kahnförmig eingezogen, erheblich druckempfindlich. Durch Brechen seien mäßige, per anum erhebliche Mengen Blut abgegangen. Der Tod sei unter zunehmender Bewußtseinstrübung und ständiger Verschlechterung des Pulses eingetreten. Er habe die Diagnose, Magen- oder Darmblutung, gestellt: die Aetiologie der Blutung sei ihm dunkel.

Die Anzeige dieses Falles seitens des Impfarztes Dr. L. war erfolgt, nachdem dieser rein zufällig von dem Tode des Knaben Kenntnis erhalten hatte.

Da die kreisärztlichen Ermittelungen kein klares Licht über die Todesursache brachten und die Möglichkeit vorlag, daß der Tod auf das Verschulden anderer Personen zurückzuführen war, wurde der Fall seitens des Kreisarztes der Kgl. Staatsanwaltschaft zur Kenntnis gebracht, die die Obduktion der Leiche verfügte. Diese wurde am 17. Mai von Herrn Kreisarzt Dr.

Wollenweber und mir vorgenommen und ergab außer erheblicher allgemeiner Blutleere folgenden Befund:

3. Am linken Oberarm 4 feine, kaum sichtbare Beschädigungen der Oberhaut (Impfschnitte), ohne Kruste und ohne Blutaustritte in das Unterhautzellgewebe.

16. Milz mißt 12 : 6 : 2 cm. Die Kapsel ist mäßig gespannt; auf dem Schnitt tritt kein Blut aus; Zeichnung deutlich.

21. Im oberen Teil des Dünndarms befindet sich etwas Blut und Schleim. Die Haufendrüsen treten besonders hervor.

Im weiteren Verlaufe sind die Einzeldrüsen, besonders aber die Haufendrüsen geschwollen und zeigen eine große Anzahl von Substanzverlusten (Geschwüre). Im Dünndarm findet sich hier viel Blut mit Schleim durchtränkt.

22. Der Magen enthält etwas Blut; seine Schleimhaut ist glatt und blaß.

23. Der Dickdarm enthält Blut und Schleim.

34. Speiseröhre leer, Schleimhaut blaß.

Die Obduktion bestätigte also die Diagnose „Darmblutungen“; sie stellte als Ursache der Blutungen fest: typhöse Darmgeschwüre.

Es lag hier also der nicht so sehr seltene Fall vor, daß ein Typhus ohne nennenswerte Beschwerden ambulant verlief, bis plötzlich sehr schwere Erscheinungen in Form von starken Darmblutungen eintraten, die in 2 Tagen zum Ende führten. Es ist wohl wahrscheinlich, daß die Blutungen einsetzten, als K. sich im Impfraum aufhielt, und daß das „Schlechtwerden“ damit in Zusammenhang stand.

Der vorliegende Fall ist sehr lehrreich, vor allem weil er ein sehr charakteristisches Beispiel dafür liefert, wie „Impftodesfälle“ entstehen können. Der Vorfall ereignete sich in einer Gemeinde von wenigen Tausend Einwohnern, in der die meisten Einwohner sich kennen, und auffällige Vorkommnisse bald das Gespräch des ganzen Ortes bilden. Auf diesem Wege erfuhr auch der Impfarzt bald von dem Todesfall und brachte ihn zur Meldung. Als Todesursache war auf dem Totenschein „Magen-Darmblutung“ angegeben; irgendwelche Mitteilung, daß eine Impfung vorhergegangen sei, fehlte. Die sanitätspolizeilichen Behörden hätten daher auf Grund des Totenscheines keinerlei Anlaß zu Recherchen gehabt. Es ist infolgedessen nur dem Zufall zu verdanken, durch den der Impfarzt von dem Todesfall Kenntnis erhielt, daß rechtzeitig eingehende Ermittelungen erfolgen konnten. Eine Mitteilung an die Behörden durch die ungebildeten polnischen Eltern wäre niemals erfolgt.

In einer größeren Stadt, wo der Impfarzt von einem solchen Falle nichts erfahren haben würde, würde unter gleichen Verhältnissen das Gerede über einen „Impftodesfall“ — als solchen faßten die Eltern ihn hier auch auf — lange Zeit gebraucht haben, ehe es zur Kenntnis der Behörden gekommen wäre. Ob dann, nach Wochen oder Monaten, ein solch dunkler Fall noch hätte geklärt werden, und die Behauptung, der Tod sei eine Impffolge gewesen, noch hätte wirksam widerlegt werden können, ist aber zu bezweifeln. Von Seiten der Impfgegner wäre der Fall dann natürlich in reichlichster Weise für ihre Zwecke ausgenützt worden.

Einige Erfahrungen bei dem diesjährigen Impfgeschäft.

Von Kreisarzt Dr. **Hillenberg** in Zeitz.

In Verfolg meiner vorjährigen Versuche einer Desinfektion des Impffeldes mittels Jod habe ich in diesem Jahre mit derjenigen Jod-Tanninlösung,[1]) die 1911 die relativ besten Personal- und Schnittresultate ergeben hatte, wiederum eine größere Zahl von Erst- und Wiederimpflingen vor der Impfung behandelt, und zwar:

345 Erstimpflinge mit 1380 Schnitten und
311 Wiederimpflinge „ 1244 Schnitten.

Bei ersteren waren auch diesesmal die Erfolge nicht zufriedenstellend, während bei den letzteren sich gute Resultate ergaben. Erzielt wurden nämlich:

bei Erstimpflingen 89,5 % Personal- und 65,4 % Pustelerfolg,
„ Wiederimpflingen 96,06 % „ „ 99,8 % „

Bei 8,9 Prozent der Erstimpflinge war nur 1 Pustel zur vollen Entwicklung gekommen. Irgendwelche nennenswerte entzündliche Röte in der Umgebung der Pusteln wurde bei den allermeisten Kindern vermißt und nur bei 17 von den 655 Kindern in geringem Grade beobachtet. Bei dem mangelhaften Ausfall der Erstimpfungen werde ich trotz mancher Vorzüge, welche die Jodisierung als Desinfektionsmaßnahme vor der Alkoholdesinfektion aufweist, für die Zukunft von ihrer Anwendung absehen.

Soll man nun, wie Med.-Rat Brauns-Eisenach in Nr. 11 dieser Zeitschrift ausführt, überhaupt von jeder Desinfektion Abstand nehmen, da auf der einen Seite ihre Unterlassung in den seltensten Fällen schädlich ist, auf der anderen ein Abreiben mit Alkohol in medizinischem Sinne doch keine ausreichende desinfizierende Maßregel darstellt und sogar für die Pustelbildung hinderlich sein kann? Es ist durchaus richtig, daß auch ohne Anwendung von Desinfizientien in Tausenden und Abertausenden von Impfungen die Pustelentwicklung sich reizlos gestaltet. Trotzdem meine ich, daß wir gerade unter den heutigen Verhältnissen alles tun müssen, um im gegebenen Falle dem Vorwurf einer Fahrlässigkeit vorzubeugen. Wenn die Desinfektion mit Alkohol eine vollkommene Maßnahme nicht ist, so müssen wir versuchen, nach anderen Mitteln zu fahnden, die ohne Beeinträchtigung der Lymphwirkung die Hautbakterien unschädlich machen.

Ich habe schon im Vorjahre auf Anregung von Geh. Rat Dr. Wodtke mit dem von Oettingenschen Mastisol eine kleine Zahl von Fällen (38) behandelt, die tadellose Ergebnisse lieferten. In diesem Jahre ist nun bei einer größeren Zahl von Kindern dieses Mittel versucht worden, und zwar bei 96 Erstimpflingen, 92 Wiederimpflingen, zusammen bei 188. Ist auch diese Zahl noch recht klein — ich wagte nach den wenig

[1]) Jodi puri 1,2, Acid. tannic. 3,0, Alkoh. abs. 14,0, Benzinoform. ad. 200,0.

befriedigenden Resultaten der Jodisierung nicht, eine noch größere Anzahl Kinder entsprechend vorzubehandeln — so ermutigen die erzielten Erfolge doch zu späteren umfangreicheren Versuchen. Es wurden nämlich bei den betreffenden Impflingen je 100 Prozent Personal-, und 81,2 bezw. 94,5 % Schnitterfolg erzielt, also ein durchaus gut zu bezeichnendes Resultat. Dabei war bei keinem Kinde auch nicht die geringste Reizerscheinung in der Umgebung der Pusteln wahrzunehmen. Ich trug in diesem Jahr das Mittel mit einem schmalen Borstenpinsel in dünnster, dem Auge kaum sichtbarer Schicht auf, die augenblicklich völlig trocknete. Das Impfen war noch ein wenig erschwert, aber sehr bald trat Gewöhnung an das Gefühl mäßigen Widerstandes ein. Ein Ankleben der Wäsche wurde nicht beobachtet. Nach diesen Erfahrungen möchte ich das Mastisol für ein ausgezeichnetes Mittel halten, das Impffeld durch Fixierung der Hautbakterien zu sterilisieren, ohne daß die Kraft der Lymphe auch nur im geringsten beeinträchtigt wird. Zudem ist der Gebrauch außerordentlich sparsam, das Auftragen geht sehr schnell vor sich — eine kleine Uebung gehört auch hierzu, nicht zu viel zu nehmen — und man kann das Gefühl haben, daß beim Impfakt selbst eine Infektion ausgeschlossen wird. Ich möchte daher seine versuchsweise Anwendung zwecks Klarstellung seiner Brauchbarkeit den Herren Kollegen dringend empfehlen.

Die diesjährigen Impfungen sollten mir ferner Gelegenheit geben, festzustellen, wie viel die Kinder von dem Zweck der Impfung wußten. Ich wurde hierzu durch die Frage unter Nr. IV des bekannten ministeriellen Fragebogens angeregt, ob eine Belehrung von Kindern und Angehörigen über die Impfung zweckmäßig erscheine. Zu diesem Behufe hatte ich die Rektoren der beiden hiesigen Volksschulen gebeten, an einem bestimmten Tage und zu einer bestimmten Stunde, damit keine gegenseitige Besprechungen stattfinden könnten, einmal die Impflinge, sodann auch die Konfirmanden auf einem Blatt Papier die Frage beantworten zu lassen: Warum werde ich geimpft? Die Konfirmanden hatte ich deshalb hinzugenommen, weil deren geistige Ausbildung im großen ganzen mit dem Verlassen der Schule ihren Abschluß findet und ihr augenblickliches Wissen in dieser Frage für die große Mehrzahl auch das Wissen der späteren Erwachsenen darstellen dürfte. Die Herren kamen meinem Wunsche in liebenswürdiger Weise nach; ich erhielt dadurch ein zuverlässiges, ziemlich großes Material, das interessante Schlaglichter auf den derzeitigen Stand hygienischen Wissens, gemessen an der praktisch so eminent bedeutungsvollen Frage der Impfung, bei der heranwachsenden Jugend unserer Bevölkerung wirft. Das Ergebnis ist nach meinem Dafürhalten nicht ganz erfreulich. Eigentlich brauchten wir uns darüber gar nicht zu wundern, wenn wir selbst erwachsenen Angehörigen der sogenannten gebildeten Kreise auf diesem Gebiete als totalen Ignoranten begegnen. Immerhin glaubte ich bei dem

modernen Bestreben, der heranwachsenden Jugend durch die Schule jetzt auch biologische und hygienische Dinge wenigstens in beschränktem Maße zu vermitteln, ein größeres Verständnis für das Wesen übertragbarer Krankheiten im allgemeinen, der Pocken im besonderen, erwarten zu dürfen, als ich es gefunden habe.

Es ist ja nicht angängig, hier auf die Hunderte von Antworten näher einzugehen; ich will nur das wesentlichste mitteilen.[1])

Zunächst einige Zahlenangaben. Von 277 12jährigen Wiederimpflingen beantworteten die Frage richtig 61 = 22,02 %, teilweise richtig 65 = 23,5 %. Von 483 Konfirmanden gaben 130 = 24,86 % richtige, 161 = 29,79 % teilweise richtige Antworten. Unter diesen sind solche zu verstehen, in denen die Verhütung der schwarzen Pocken wenigstens als ein Teilzweck der Impfung bezeichnet war.

Um kurz auf die richtigen Antworten einzugehen, so beschränken sich die meisten der betreffenden Kinder auf die Aussage: „daß wir nicht schwarze Pocken bekommen“, der hin und wieder hinzugefügt wird: „denn wer diese gehabt hat, sieht sehr häßlich aus“, oder: „Wenn man die schwarzen Pocken hat, bekommt man Narben und Höhlungen am Körper“ u. a. Einige sind eingehender orientiert, sprechen von einem Gesetz und wissen auch, wie oft im Leben geimpft wird. So schreibt ein 14jähriges Mädchen kurz und zutreffend:

„Die Impfung geschieht im ersten und zwölften Lebensjahr. Durch das Impfen soll die Ansteckung von Pocken verhindert werden. Finden Massenerkrankungen statt, so werden alle Leute geimpft, um sie vor den Pocken zu schützen.“

Eine andere Konfirmandin scheint noch eingehender unterrichtet; sie sagt: „In früheren Zeiten waren die Leute pockenkrank und ein berühmter Arzt nahm etwas vom Kuheuter einer gesunden Kuh und impfte damit und die Leute bekamen die Pocken nicht.“

Unter allen Antworten ist dies die einzige, die wenigstens eine Andeutung von den Anfängen der Impfung enthält, wenn auch in mangelhafter Weise. Andere Kinder stehen dem Nutzen der Impfung mehr skeptisch gegenüber und lassen sich impfen, „um etwas gegen die schwarzen Pocken geschützt zu werden.“ Eine 12jährige Schülerin hat anscheinend Humor, denn sie antwortete:

„Ich werde nicht geimpft, daß mich jemand Kratzen oder Stoßen kann, sondern damit ich nicht die Blattern bekomme.“

Die gut orientierten Kinder sind zumeist Angehörige bestimmter Klassen, deren betreffende Lehrer anscheinend die Frage mit ihnen bei irgendeiner Gelegenheit eingehender besprochen haben. Ein gegenseitiges Abschreiben ist nicht auszuschließen, wird aber diesseits für unwahrscheinlich gehalten. Worin der Schutz gegen die Blattern beruht, wissen indes anscheinend die allerwenigsten. Diejenigen, die sich hierüber auslassen, meinen: „Die Krankheitsstoffe in unserem Körper sollen durch die Blattern herausgezogen werden,“ oder drücken sich ähnlich aus.

Was die teilweise richtigen Antworten anlangt, so versprechen sich die betreffenden Kinder Schutz vor allen möglichen Krankheiten, unter denen auch die Blattern genannt werden. Als Typus einer solchen Antwort einer Konfirmandin sei die folgende mitgeteilt:

„Ich werde geimpft, weil deshalb verschiedene ansteckende schwere Krankheiten mich nicht gleich erfassen können. Habe ich z. B. die Pocken, so werde ich und die nächsten Bewohner geimpft. Dieses soll die Rettung für mich und die anderen sein. Das gilt auch bei den Divus, der Pest usw.“

Ein anderer, ein Wiederimpfling, schreibt:

„In den menschlichen Körper befinden sich häßliche, ansteckte Krankheiten. Die schlimmsten sind die schwarzen Pocken und der Aussatz. Früher wurden durch diese Krankheiten viele Ortschaften vernichtet. Da erkannte

---

[1]) Die folgenden Antworten der Kinder sind absichtlich buchstäblich wiedergegeben.

man, daß durch Impfen die Krankheitserreger vernichtet werden. Ich werde geimpft, damit meinen Körper die gefährlichen Krankheitserreger „Pazillen" nichts tun können."

Um auch noch die Mädchen zu Wort kommen zu lassen, so schreibt eine Schülerin der I. Klasse:

„In früheren Zeiten, als das Land noch nicht so kultiviert war wie jetzt, gab es sehr viele ansteckende Krankheiten, so z. B. Pocken, Scharlach, Diphtheritis, Masern Pest und dergleichen. Um diese Krankheiten zu verhindern werden wir geimpft.

Eine andere Konfirmandin (!) sagt:

„Wir werden geimpft, daß wir nicht Schaller (Scharlach) und die Poppen grichen. Wenn wir geimpft werden, so müssen wir saubere Kleider anziehen."

Eine 12jährige Schülerin drückt sich folgendermaßen aus:

Wenn ich 12 Jahr alt bin, so werde ich das 2. Mal auf den linken Arm geimpft. Dieses geschieht gesetzlich. Ist dieses nicht der Fall, so entstehen viele ansteckende Krankheiten, z. B. die Bocken, Diphtheritis, Scharlach und Typhus."

In dieser und ähnlicher Weise wird von einem Teil der Kinder wenigstens der Pocken in ihren Antworten Erwähnung getan.

Der bei weitem größte Teil derselben vermag jedoch Impfung und Blattern in keinerlei Zusammenhang zu bringen. Während nur relativ wenige überhaupt nichts zu antworten wissen oder einfach sagen: „Ich werde geimpft, weil ich sie haben muß", schreiben andere ganz allgemein: „Ich werde geimpft, um die Krankheiten aus dem Körper zu treiben", oder: „das wir keine schlimmen Krankheiten bekommen", oder: „weil die Krankheiten, die in dem Blute stecken, heraus sollen", „um die in uns keimenden Krankheiten zu töten" und ähnlich. Ein älterer Knabe meint: „Bei der Empfung wird eine Krankheit aus dem Körper gezogen"; ein zwölfjähriges Mädchen antwortet: „Früher als die Leute noch nicht geimpft wurden. Entstanden viele Krankheiten. So kam ein Mann und hatte es erfunden. Von der Zeit wurden die Kinder geimpft."

Eine Altersgenossin antwortet: „Das Impfen ist sehr wichtig, denn dadurch sollen wir gesund bleiben. Wir haben allerlei Lasten auszustehen."

Ein anderer schließt einen ähnlich lautenden Vordersatz mit den Worten: „Wer nicht geimpft wird, bekommt Löcher im Gesicht und stirbt."

Eine Konfirmandin der I. Klasse hält das Impfen für sehr nötig,

„denn da werden viele schädliche Krankheiten abgehalten. Wenn z. B. eine Krankheit in ein Land eingeschlichen ist, so steckt sie wegen das Impfen nicht so leicht an. Auch der Soldat, bevor er in den Krieg zieht, wird noch einmal geimpft."

Eine Altersgenossin wird geimpft, „daß sie vor anderen Krankheiten geschützt und sie nicht in andere Länder trägt." Eine andere offenbart noch tiefere Kenntnisse und fügt ihrer Anschauung über die Verhütung der Krankheiten den Satz an: „Bricht eine Krankheit unter dem Vieh aus, so wird auch das tierische Fleisch geimpft." Einige wenige Kinder reden von einem Schutz gegen Hautkrankheiten. „Würden wir nicht geimpft, so würden wir Hautkrankheiten bekommen, z. B. Ausschlag, Gretze, Pestilenz," lautet bei diesen die Antwort. Eine ganze Reihe von Kindern gibt als Zweck der Impfung schlechthin Schutz vor ansteckenden Krankheiten an. „Das Impfen hat für uns einen großen Zweck, denn es verhütet alle ansteckenden Krankheiten," lauten mit mancherlei Variationen die betreffenden Antworten. Vereinzelt wird eine nähere Begründung gegeben, z. B. folgendermaßen:

„Im Körper des Menschen sind Keime von ansteckenden Krankheiten enthalten. Sie schwimmen als ganz kleine Pilze im Blute des Menschen. Um nun die Krankheiten nicht zum Ausbruch kommen zu lassen, müssen die Pilze getötet werden. Dies geschieht durch die Impfung. Der Arzt, der die Impfung zu vollziehen hat, hat ein kleines Messer. Dasselbe taucht er in ein Gift, nachdem er es erhitzt hat. Dieses Gift dringt ins Blut und tötet die Pilze."

Eine weitere Gruppe von Kindern beschränkt sich nicht auf die allgemeine Bezeichnung „ansteckende Krankheiten", sondern macht eine mehr oder weniger große Zahl derselben direkt namhaft, unter denen die Tuberkulose eine besondere Rolle spielt, eine Frucht der jetzigen Aufklärung durch die Schule, leider noch eine recht verkümmerte. Cholera und Pest werden gleichfalls häufig

genannt. „Ich werde geimpft, damit ich keine ansteckenden Krankheiten bekomme, wie z. B. die Cholera, Pest, Difteritus und andere," so oder ganz ähnlich lauten die betreffenden Antworten. Eine von diesen möchte ich noch wörtlich mitteilen:

„Früher, als die Menschen das Impfen noch nicht kannten, brachen oft große Krankheiten aus, die oft ganze Dörfer leer machten. Diese Krankheiten waren die Pest, die Cholera und so weiter. Diesen Krankheiten standen die Menschen ratlos gegenüber. Da entdeckte ein Professor das Impfwesen. Durch das Gift, das in den Körper eingelassen wird, werden die Krankheitserreger, Bazillen getötet. Darum wurde vorgeschrieben, daß jede Person geimpft werde — —."

Schließlich bekennt sich eine Gruppe von Kindern, 12- und 14jährigen, zu einer bestimmten Krankheit, gegen die das Impfen schützen soll. Ein Konfirmand wird geimpft, „weil dadurch die Krankheiten nicht so leicht entstehen; denn vor vielen Jahren herrschte der Aussatz." Ein anderer schreibt:

„Die Chinesen und noch andere Völker werden nicht geimpft, darum tritt bei ihnen die Pest jedes Jahr ein. Bei uns wird die Pest gedämpft, da wir alle geimpft werden. Dadurch, daß ich geimpft werde, tritt das Gift in unsere Körper und löst das andere Gift auf."

Ein 14jähriges Mädchen sagt: „Ich werde geimpft, das sich die Krankheit Kolria herauszieht," und ihrer Meinung sind auch andere. Ein Konfirmand endlich hat wohl eine dunkle Vorstellung von einer gefährlichen Krankheit, kennt sie aber nicht mit Namen und schreibt darum:

„Vor 40 Jahren haußte in Deutschland eine Krankheit, um diese zu verhindern, wurde jeder, der lebte, geimpft. Dadurch sind die Menschen viel gesünder geworden."

Zwei Kinder, ein 14jähriger Knabe und ein gleichaltriges Mädchen, sehen den Zweck der Impfung darin, „daß der Eiterstoff, der in ihnen ist, durch das Impfen von ihnen geht."

Schließlich sei einer Gruppe von Kindern Erwähnung getan, die meinen, der Nutzen der Impfung beruhe lediglich darin, dem Impfling „starke Muskeln" zu verschaffen, „seine Arme zu stärken", diese „gesund und kräftig zu erhalten." So sagt ein 14jähriger Knabe:

„Ich werde geimpft, das die Muskelknochen gestärkt werden. Auch sollen ansteckende Krankheiten verhindert werden. Wie z. B. Colera, Tuberkulose, Diphterie, Scharlach usw."

Auch der wohl naheliegenden Ansicht einzelner Kinder sei noch gedacht, der Arzt wolle durch das Impfen nur sehen, ob ein Mensch richtig gesund oder krank ist.

„Ich werde geimpft, weil der Arzt wissen will, ob ich viel Krankheitsstoffe in mir habe," schreibt ein Konfirmand, und seiner Ansicht sind auch andere Kinder.

Einzelne ganz absonderliche Meinungen über den Zweck des Impfens mögen aus der großen Zahl der Seltsamkeiten die Reihe der mitgeteilten mehr typischen Beispiele schließen. Ein Junge der 1. Klasse antwortet: „Ich werde geimpft, daß, wenn ich einmal zu Soldaten komme, mehr tiefer geimpft werden kann." Ein Klassenkamerad schreibt: „Weil man keine Getränke, die Alkohol enthalten, trinken darf." Ein 12jähriges Mädchen äußert: „Ich werde geimpft, daß ich von keiner giftigen Schlange gebissen werde." Eine andere gleichaltrige wird geimpft, „das die Dunst heraus kommt," und eine Konfirmandin endlich bekennt: „Ich werde geimpft, das soll ein Andenken von der Schule sein."

Was besagen diese Ergebnisse? Sie weisen uns einmal zwingend die Notwendigkeit, den Wiederimpflingen durch die Lehrer in jedem Frühjahr eine kurze verständliche Belehrung über den Zweck der Impfung geben zu lassen. Sehr zweckmäßig erscheint mir hierzu der Vorschlag von Beltinger in Nr. 11 dieser Zeitschrift, die theoretischen Ausführungen, wie

sie Dohrn angeregt, durch bildliche Darstellungen von Pockenkranken zu unterstützen. Jede Schule müßte sie zu diesem Zweck geliefert erhalten. Dort, wo es angezeigt erscheint, mag auch der Impfarzt den Kindern vor der Wiederimpfung einige aufklärende Worte geben. — Den Müttern im Impf- und Nachschautermine hierüber kurzen Vortrag zu halten, erachte ich für wenig zweckmäßig und häufig unausführbar. Auch von Merkblättern verspreche ich mir nach meinen Erfahrungen mit denselben nicht viel.

Sodann aber ergibt sich die schon wiederholt erhobene Forderung, daß in allen Volksschulen in besonderen Unterrichtsstunden einzelne passende Kapitel aus dem Gesamtgebiet der Hygiene gelehrt werden, wobei die Lehre von den übertragbaren Krankheiten in ihren einfachsten Grundzügen die gebührende Beachtung zu erhalten hat. Selbstverständlich sollen auf der Schule keine Bakterien gezüchtet und gefärbt werden. An einfachen Versuchen (Kartoffeln), geeigneten Präparaten, Abbildungen usw. läßt sich aber den Schülern die unendliche Wichtigkeit der Bakterien sehr wohl veranschaulichen, so daß erstere schon auf der Schule ein wirkliches Verständnis hinsichtlich der Bedeutung der letzteren für den Menschen gewinnen und im späteren Leben nicht mit bodenlosem Unverstand den Kampf gegen die Infektionskrankheiten erschweren. Dieses ganze Gebiet ist ja doch weiter nichts als Naturgeschichte, aber ein Gebiet, das im Leben der Menschen eine weit größere Rolle beansprucht als vieles andere, das in der Schule in der Naturkunde gelehrt wird. Was nützt unsere hervorragende Gesetzgebung betreffend Bekämpfung ansteckender Krankheiten, was kann der eifrigste und tüchtigste Medizinalbeamte auf die Dauer Positives mit diesem Instrument ausrichten, wenn die große Masse des Publikums von den phantastischsten Vorstellungen über Wesen und Entstehung der Infektionskrankheiten beherrscht wird? — Gewiß wird bereits in den oberen Klassen dieses Thema berührt, und der Begriff „Bazillen“ spukt in den Köpfen vieler Kinder.

Was ist aber bis jetzt Erfreuliches mit der bisherigen Aufklärung erreicht? Wie die Antworten der Kinder gezeigt haben, fast nichts. System muß in die Belehrung hineingebracht werden! Vor allem müssen die Lehrer selbst in den Grundzügen der Hygiene einschließlich Bakteriologie besser als bisher unterrichtet werden. In jedem Semester wären z. B. auf Universitäten, in Medizinal-Untersuchungsämtern besondere Vorlesungen mit praktischen Uebungen in der Hygiene für Lehrer abzuhalten, deren Besuch obligatorisch zu machen wäre. Wiederholt sind ja derartige Kurse bereits abgehalten worden, z. B. in Kiel und Göttingen, und nach den Mitteilungen von Teilnehmern waren diese hochbefriedigt über das Gelernte und überzeugt, das Gesehene und Gehörte weiter in die Herzen ihrer Schüler zu deren Nutz und Frommen pflanzen zu können.

Wenn jetzt Hygiene von verschiedenen Richtungen aus in die Schule hineingetragen wird, so muß das Endziel dahingehen, die Schüler soweit mit allgemeinen Kenntnissen in der Gesundheitslehre auszustatten, daß durch sie umgekehrt aus der Schule heraus hygienisches Verständnis, Denken und Handeln ins Haus, in die Familie getragen wird. Eine zutreffende Vorstellung von der Wichtigkeit der ansteckendenden Krankheiten, in der Schule den älteren Kindern in geeigneter Weise nahegebracht und eingeprägt, wird am ehesten dazu beitragen, dem Arzt und Gesundheitsbeamten seine Aufgaben bei der Verhütung und Bekämpfung ansteckender Krankheiten zu erleichtern und die Volksgesundheit auf ein noch höheres Niveau, als es bereits erreicht ist, zu heben. — Um im nächsten Jahre den Wiederimpflingen das Verständnis für die Impfung etwas näher zu bringen, habe ich mit dem Kreisschulinspektor vereinbart, ihm eine kurze verständliche Belehrung in Form eines Lesestückes zu übermitteln, das vervielfältigt und von den Lehrern mit den Kindern besprochen werden soll. Ich hoffe hierzu auch geeignete Abbildungen von Pockenkranken zu erhalten. Jedenfalls muß m. E. intensiver als bisher gestrebt werden, bei der Jugend die Idee der Ansteckung, ihre Ursachen, Folgen und ihre Verhütung in Fleisch und Blut übergehen zu lassen; dann wird auch den Erwachsenen die Bedeutung der großen Volksseuchen verständlicher und deren Bekämpfung erfolgreicher werden.

Ueber Impfergebnisse mit Desinfizientien und Schutzverbänden im Kreise Lötzen.

Von Dr. Zelle, Kreisarzt in Lötzen.

Die wachsende Agitation der Impfgegner vielleicht mehr, als die Anschauung von der unbedingten Notwendigkeit der Desinfektion der Impfstelle hat in verschiedenen Bundesstaaten dazu geführt, daß für jede Impfung das Abreiben des betreffenden Oberarms mit einem mit Alkohol getränkten Bausch steriler Watte vorgeschrieben ist. Erst nach Verdunstung des Alkohols ist mit Anlegung der Impfschnitte zu beginnen. In Preußen ist diese Maßnahme durch Min.-Erlaß vom 10. März 1911 — M. N. 13465/10 — allgemein eingeführt, während Herr Min.-Direktor Kirchner in seiner bekannten Schrift „Schutzpockenimpfung und Impfgesetz“, Seite 48, über die Alkoholdesinfektion nur sagt, daß „vorsichtige Impfärzte“ diese Desinfektion anwenden.

Ueber die Wirksamkeit der Alkoholdesinfektion bei der Impfung gehen die Ansichten erfahrener Impfärzte noch sehr auseinander. Wie R. Schäffer (Berliner klin. Wochenschrift; 1902, Nr. 9 und 10) festgestellt hat, ist es hauptsächlich die mechanisch reinigende Eigenschaft des Alkohols, die seinen Wert als Desinfektionsmittel für die operative Hand ausmacht. Nur wenn ein durch 5 Minuten lang andauerndes Abwaschen in überheißem Wasser mit Verwendung von Schmierseife vor-

hergegangen ist, dem eine 5 Minuten lange Bürstung mit Alkohol folgt, gelingt es die Hände fast keimfrei zu machen. Es blieben im Durchschnitt 3 Keime auf der so behandelten Hand zurück, während nach Seifenspiritus 25, nach 1 promilliger Sublimatlösung 150 Keime gezählt wurden. Für die Impfung ist aber ein solches Verfahren sicher unnötig und auch kaum durchführbar. Wenn die operierende Hand in die Bauchhöhle oder Brusthöhle eingeht, so bedarf sie ganz zweifellos einer unbedingten Keimfreiheit; der Akt der Impfung erfolgt jedoch an einer widerstandsfähigen, für Infektion nicht sonderlich empfänglichen Stelle und besteht nur in einer Trennung der oberflächlichsten Hautschichten, die außerdem im Bruchteil einer Sekunde mit ausgeglühten Messern vorgenommen wird. Hier ist sicher eine derartige Keimfreiheit nicht vonnöten.

Ja die Frage kehrt sich sogar derart um, daß zu fragen ist, wirkt die Alkoholabreibung nicht vielleicht nachteilig, waren die Erfolge ohne Desinfektion der Impfstelle bezw. mit einer anderen Desinfektionslösung nicht vielleicht besser?

Herr Kollege Brauns[1]) hat diese Frage dahin zu klären geglaubt, daß er annimmt, die Desinfektion reize das Impffeld, errege dort eine überflüssige Hyperämie, die sich in verstärkter Impfreaktion, Entzündung der Haut, stärkerer Blutung und schlechteren Impferfolgen zeige. Er meint überhaupt, daß „eine oberflächliche Desinfektion bei der Impfung irgendwelchen praktischen Wert nicht habe“.

Von dem Wunsche ausgehend, einmal durch genaue zahlenmäßige Notierung der Impfergebnisse und ihrer Störungen in einem kleinen, leicht zu übersehenden Kreis festzustellen, wie die Alkoholdesinfektion (mit und ohne Schutzverband) wirkt, habe ich in dieser Impfkampagne, unter treuer Mithilfe der Impfärzte Herren San.-Rat Dr. Bolte-Rhein und Dr. Janz-Widminnen, darüber Listen geführt und gebe im folgenden die Ergebnisse wieder:

I. Erstimpflinge.

Es kamen 563 zur Impfung mit 561 Erfolg und 2066 Pusteln. Beobachtet wurde:

Isolierte Randreaktion um	1 Pustel	6 mal
	2 Pusteln	20 „
	3 „	19 „
	4 „	117 „

Schwellung der Achseldrüsen trat 7 mal ein; einmal wurde eine Spaltung der vereiterten Drüsen nötig.

Starkes massiges Erythem am Oberarm um die Impfstellen herum bis zur Schulter und herab zum Ellbogen wurde 34 mal beobachtet.

Ich bemerke hierbei, daß alle 3 Impfärzte seit vielen Jahren impfen, und zwar durchweg mit vorher ausgeglühten Platin-Iridium-Messern.

II. Wiederimpflinge.

Es kamen 586 mit 576 Erfolgen und 2129 Pusteln zur Beobachtung.

[1]) Siehe diese Zeitschrift; 1912, Nr. 11, S. 388 u. f.

Es fanden sich Randreaktion um	1 Pustel	37 mal
	2 Pusteln	42 „
	3 „	38 „
	4 „	84 „

Schwellung der Achseldrüsen wurde 17 mal beobachtet.

Erythem des Oberarms, das zum Teil so stark war, daß die Kinder fieberten und von der Nachschau nach Hause geschickt werden mußten, 116 mal.

Irgendein dauernder Schade ist allerdings keinem Impfling erwachsen: die Heilung der Impfwunden aber hat sich z. T. sehr lange hingezogen.

Mir persönlich und den anderen Impfärzten und auch dem revidierenden Herrn Medizinalreferenten, Reg.- und Med.-Rat Dr. Meyen, ist die stärkere Reaktion im Gegensatz zu früheren Impfungen direkt aufgefallen. Die erzielten Erfolge allerdings können kaum bessere sein und übertreffen mit ca. 98 % den Durchschnitt des Jahres 1910 für Preußen mit 87,11 und 97,31 % bedeutend.

Zum Vergleich mit der Alkoholdesinfektion stehen mir nun Zahlen zur Verfügung von meinen früheren Impfungen, in denen ich mit einer Lösung von Jodi puri 0,6, Tannin 1,5, Alkohol 10,0, Aether sulf. ad 100,0 den Impfarm desinfizierte. Mich lockten dabei die günstigen Erfolge, die Kollege Hillenberg[1]) gehabt hatte.

Es waren mit dieser Lösung behandelt 384 Erstimpflinge, die 381 Erfolge und 1422 Pusteln aufwiesen.

Es fanden sich Randröte um	1 Pustel	9 mal
	2 Pusteln	11 „
	3 „	10 „
	4 „	38 „

Die Randröte war meistens recht gering, es sah so aus als ob sie in der Entwicklung durch das Jod gehemmt sei.

Achseldrüsenschwellungen fanden sich nie, Erythem wenig ausgedehnt 7 mal.

Die Pusteln waren kleiner, wie sonst, hatten einen perlgrauen Glanz und heilten leichter ab.

Von Wiederimpflingen waren in dieser Weise 389 mit 388 Erfolgen und 1384 Pusteln behandelt.

Es zeigte sich Randröte um	1 Pustel	13 mal
	2 Pusteln	18 „
	3 „	25 „
	4 „	28 „

Geringes Erythem ohne bedrohliches Aussehen wurde 39 mal verzeichnet, geringe Achseldrüsenschwellung 3 mal.

Die Desinfektion mit einer Jodlösung, die nicht viel stärker und schwächer wie die obige zu sein braucht, hat für Massenimpfungen auch den Vorteil, daß nicht ein Kind ohne Desinfektion geimpft wird, da die gelbliche Färbung der betupften Stelle die Desinfektion anzeigt, während trotz größter Aufmerksamkeit mir mehrmals Kinder bei der Alkoholdesinfektion vorgekommen sind, deren Arme trotz gegenteiliger Behauptung der Mütter nicht desinfiziert waren. —

Ich hatte diese Schutzverbände früher nie angewandt und auch nicht viel ermutigendes in der Literatur darüber gefunden. Kirchner (l. c.) schreibt in dieser Beziehung:

„Die Anlegung eines Verbandes ist . . . in der Regel nicht erforderlich. . . . . Nur wenn die Kinder an Jucken leiden oder in der Familie eine Wund-

[1]) Siehe diese Zeitschrift; Jahrg. 1911, S. 640 ff.

krankheit herrscht, ist ein einfacher Impfverband — eine Schicht steriler Gaze, darüber eine Schicht steriler Watte, eine kleine Gazebinde — erforderlich. Komplizierte Verbände . . . sind nicht zu empfehlen, weil das Impffeld unter ihnen nicht ausdunsten kann."

Immerhin wird jedoch in dem Fragebogen über Vervollkommnung des Impfgeschäfts (Min.-Erlaß vom 27. Februar 1912 M. N. 10273) die Frage des Schutzverbandes wieder aufgerollt, indem gefragt wird: „Soll angeordnet werden, daß die Impfstelle nach der Impfung mit einem Schutzverband oder einer Schutzkapsel zu versehen ist, oder erscheint die Empfehlung einer trocknen Behandlung der Impfpusteln zweckmäßig?

Um über diese Fragen unterrichtet zu sein, stellte ich mit drei Arten von Verbänden Versuche an: dem Dermatolschutzverband nach Fürst-Berlin, dem Helfenbergerschen Verband und dem Verband von Kutsch-München. Der Dermatolschutzverband nach Fürst (Preis: für das Paar 50 Pfg.) besteht aus einer runden 5 cm breiten, 1 cm dicken Dermatolgazeschicht, die auf einen Heftpflasterstreifen von 10 cm Länge und dito Breite aufgeklebt ist. Unmittelbar nach der Impfung soll der eine Verband, nach der Nachschau der zweite aufgelegt werden, der dann so lange liegen bleibt, bis er abfällt.

Unter Alkoholdesinfektion wurden bei 69 Erstimpflingen solche Verbände angelegt (67 Erfolge, 247 Pusteln). Die Verbände fielen vielfach jedoch schon am 2. oder 3. Tage ab, selten hielten sie bis zur Nachschau.

Die Dermatolkissen erwiesen sich als zu klein, hin und wieder verklebten die Impfschorfe mit der Gaze, kurz sie bewährten sich nicht. Eine Reizung der Arme durch das Heftpflaster sah ich allerdings nur einmal.

Bei den damit verbundenen Erstimpflingen fand sich

isolierte Randröte um	1	Pustel	0 mal
	2	Pusteln	4 „
	3	„	1 „
	4	„	17 „

6 mal trat Erythem auf, das allerdings unbedenklich war, 4 mal leichte Schwellung der Achseldrüsen.

Wiederimpflinge wurden 13 mal mit Dermatolverbänden versehen (12 Erfolge, 39 Pusteln), 1 mal zeigte sich leichtes Erythem.

Isolierte Randröte trat um 1, 2 und 3 Pusteln je 1 mal auf, um 4 Pusteln 2 mal.

Nach allem, was ich gesehen, würde ich unter Bestätigung der früheren Beobachtungen entschieden von der Verwendung der Dermatolverbände abraten, allerdings nicht wegen schlechter Impferfolge, die ich nicht konstatieren konnte, sondern wegen der oben erwähnten Nachteile.

Desto bessere Erfolge sah ich von den Helfenbergerschen Verbänden. Es sind dies Zelluloidkapseln mit Drahtgittergeflecht, die mit Heftpflaster befestigt werden. Diese Verbände hielten gut, fielen nicht zu früh ab, eine Reizung der Haut trat nicht ein, die Pusteln entwickelten sich gut und ohne Störung.

Bei 6 Erstimpflingen trat 6 mal Erfolg mit 19 Pusteln ein, nirgend sah ich isolierte Randröte oder ein Erythem, desgleichen nicht bei 14 Wiederimpflingen (14 Erfolge, 54 Pusteln).

Der Zweck, die sich entwickelnden Pusteln vor Störung

zu bewahren, insbesondere vor dem kratzenden Finger wird ohne Schädigung der Impferfolge durch Helfenberger erreicht.

Die dritte Art der Schutzverbände, die von Hermann Katsch-München konstruiert ist und vom Kollegen Dr. Groth[1]) warm empfohlen wird, wurde 24mal angelegt. Der Verband besteht aus einer Kappe von weichem Leinen, welche die Schulter und die geimpfte Stelle des Oberarms umfaßt und mit drei Bänderpaaren befestigt wird. Das eine Paar Bänder wird von der Höhe der Schulter unter der anderseitigen Achselhöhle hindurchgeführt und zur Schleife geknotet; die zwei anderen Paare werden auf der Innenseite des Oberarms gekreuzt und quer über der Impfstelle zu Schleifen verbunden. Die Verbände sollen von den Angehörigen erst am 3. oder 4. Tag nach der Impfung angelegt werden.

Dies den Leuten klar zu machen, hatte schon erhebliche Schwierigkeiten und gelang vielfach nicht; auch ist die Anlegung nur für eine intelligente Bevölkerung berechnet, nicht für eine so indifferent stupide wie die Masuren darstellen. Wo der Verband richtig aufgelegt war, zeigten sich gut entwickelte, von Störungen nicht begleitete Pusteln.

Fasse ich das Ergebnis meiner Beobachtungen zusammen, so möchte ich der früher angewandten Joddesinfektion der Impfstelle vor der Alkoholdesinfektion wegen der besseren Erfolge den Vorzug geben, ohne zu diskutieren, ob eine Desinfektion wissenschaftlich begründet und überhaupt nötig ist. Den Eindruck, daß Abreiben mit Alkohol die Haut reizt und eine entzündliche Ausdehnung der Impfreaktion begünstigt, habe ich jedenfalls gewonnen, soweit die relativ geringe Zahl der Impflinge mir solchen Schluß erlaubt.

Falls ich private Impfungen vorzunehmen hätte, würde ich den Eltern zur Sicherheit die Anlegung von Helfenbergerschen Schutzkapseln empfehlen. Ihrer allgemeinen Einführung dürften die Kosten (pro Impfling 50 Pfennig) kaum entgegenstehen. Wünschenswert würde die Anwendung solcher Kapseln jedenfalls sein und den Impfgegnern manche Waffe aus der Hand schlagen.

Erfahrungen bei der Schutzpockenimpfung.

Von Med.-Rat Dr. **Bachmann** zu Harburg.

In dreißigjähriger Praxis mit rund 20000 selbst ausgeführten Impfungen und der Revision zahlreicher Impftermine haben sich in mir allmählich etwa folgende Eindrücke festgelegt:

Man muß bei den Schutzpocken zweierlei Wirkungen unterscheiden: Die derivatorische Wirkung nach Art einer Moxe,

[1]) Münchener med. Wochenschrift; 1905, S. 1003 ff.

und die spezifische Immunisierung. Mit der derivatorischen Wirkung begründe ich meine Beobachtung, daß Kinder nach dem Ueberstehen der entzündlichen und fieberhaften Erscheinungen der ersten Impfung sich im allgemeinen eines besseren Gesundheitszustandes erfreuen, als zuvor. Ich würde diese seit langen Jahren gemachte Erfahrung nicht auszusprechen wagen, wenn nicht in letzter Zeit die derivatorische Wirkung von Hautreizen und Eiterungen wieder allgemeiner anerkannt würde, und von einem deutschen Arzte, Dr. Stern in New-York, sogar die Pockenlymphe selbst gegen verschiedene Krankheiten mit angeblichem Erfolge verwandt worden wäre (Zeitschrift für diätetische und physikalische Therapie, 1911, Heft 11). In Japan ist die Hautmoxe bei kleinen Kindern ein beliebtes empirisches Mittel.

Was nun gar die von den heutigen Impfgegnern ins Feld geführte „selbstverständliche" Schädigung angeht, welche durch Einimpfung von „Eiterjauche" ins Blut bewirkt würde, so könnte meines Erachtens zur Widerlegung dieses Vorwurfs der Impfgegner betont werden, daß ihre Ansichten von einer „Verunreinigung der Säfte" durch die Impfung ganz im Gegensatze zum vitalistischen, teleologisch-gefaßten Organismusbegriffe steht, der uns doch vielmehr anzunehmen zwingt, daß die durch das eingeführte Gift herausgeforderte Reaktion des Organismus (Lebenskraft) dasselbe gründlich sammelt, lokalisiert und ausstößt. Sehen wir doch auch sonst, wie der Körper eines kleinen Kindes mit großer Lebhaftigkeit und Promptheit alle Fremdstoffe auszuscheiden versteht. Daß bei solcher „Reinigung" auch noch andere schädliche Stoffe aus Lymphe und Blut mit entfernt werden, liegt doch ebenfalls ganz im Verständniskreise des Vitalisten. Mir scheint es sogar, als müßte eher eine einseitig-mechanistische Anschauung des Infektionisten zur Impfangst führen können, als eine vitalistische. Sollte aber ein kindlicher Organismus einmal nach der Impfung wirklicher Sepsis unterliegen, so wäre dieses doch nur ein Beweis von solch mangelhafter Lebenskraft, daß man annehmen müßte, daß der betr. Organismus früher oder später doch an dieser fehlerhaften Konstitution zu Grunde gegangen wäre.

Was die spezifische Wirkung, also der Impfschutz gegen die Blattern anbetrifft, so war ich früher geneigt, die Tatsache der geringen und andersartigen Reaktion der Wiederimpflinge auf dieselbe Lymphe, die uns immer und immer wieder vor Augen tritt, mit einer geringen Empfänglichkeit des vorschreitenden Lebensalters zu erklären, bis ich in den letzten drei Jahren bei 20 Wiederimpfungen von Schülern, die als kleine Kinder in Oesterreich und Rußland nicht geimpft worden waren, regelrechte Kinderpusteln beobachtete, statt der bekanntlich mehr knötchenartigen, sonst bei Schülern die Regel bildenden Schutzpocken. Diese Erscheinung kann ich mir aber nicht anders erklären, als daß eben in der Regel ein gewisser Grad von Immunisierung noch nach 10 Jahren fortwirkt. Wenn

aber die Schutzpockenlymphe diese modifizierende Wirkung ausübt, so ist doch nicht einzusehen, warum dem Organismus nicht überhaupt die Fähigkeit innewohnen könnte, auch Veränderungen einzugehen, die eine ebensolange Immunisierung gegen das Pockenvirus selbst bedeuten. Auch hier scheinen mir die Impfgegner merkwürdigerweise wieder gerade die vitalen Kräfte des Organismus prinzipiell unterschätzt zu haben. Als regelbestätigende Ausnahme fand ich bei einigen wenigen Prozenten meiner sonstigen Schülerimpfungen, auch bei vorhandenen Erstlingsnarben, charakteristische Kinderpocken sich entwickelnd. Dem entsprechend sind ja auch aus der Literatur einige Fälle bekannt, wo Geimpfte innerhalb 10 Jahren dennoch Variola vera bekamen statt Variolois.

Was die Impftechnik angeht, so halte ich jede Vorbehandlung des Impffeldes für ein Scheinmanöver, das besser unterbleiben sollte. Es gibt ja auch wichtigere Dinge bei der Impfung zu beachten, als die äußere Beschaffenheit der Haut der Impfstelle, z. B. den zu wählenden Ort für die Impfschnitte, und die richtige Mitte der Tiefenwirkung des Schnittes. Seit ich eine weniger lymphgefäßreiche Stelle des Oberarmes, nämlich mehr nach der äußeren Schultergegend hin, wählte, habe ich tatsächlich weniger, ja fast keine Lymphdrüsenschwellungen der Achselhöhle mehr beobachtet.

Auch von einer Desinfektion der Hände des „Operateurs“ sollten wir am besten nicht erst sprechen, zudem wir ja doch keine Laporatomien vornehmen, ja unsere Fingerspitzen überhaupt nicht mit dem Operationsfeld selbst in Berührung bringen. Man sollte daher nur ein gründliches mechanisches Reinigen der Hände vor der kleinen Operation vorschreiben, zu welchem ich den Gebrauch von Marmorstaubseife mittels eines Stückchen Luffah empfehle. Größte Reinlichkeit des Impfarztes, wozu auch Schutz der Arme des Arztes durch waschbare weiße Ueberzugsärmel gehört, kann das Publikum verlangen; im übrigen unterbleibt besser alles, was gar zu sehr nach dem Operationssaale aussieht, wozu ich auch den Operationskittel rechne.

Um eine Besudelung der frisch geimpften Stelle durch die ja doch stets unsaubere Innenseite der Hemden- und Kleiderärmel der Impflinge und Wiederimpflinge besonders zu vermeiden, muß man streng darauf achten, daß vor der Impfung der betreffende Arm bis zum Halse hin völlig entblößt wird; die Schulter muß also bis zum Kopfe hinauf ganz frei von Kleidung sein; nie impfe man eine Person mit lediglich hinaufgekrempelten Hemdsärmeln.

Wenn nun vor den Augen des Impfarztes die Impfwunden verkleben und trocknen könnten, so wäre dieser natürliche Wundschutz ein großer Vorteil. Leider hindert dieses aber die Beschaffenheit der Lymphe selbst, nämlich durch ihren Glyzeringehalt. Falls es gelänge, das Glyzerin durch eine andere, leichter verdunstende Flüssigkeit zu ersetzen, so würde dieses m. E. einen großen Fortschritt in der Impftechnik bedeuten.

Schließlich habe ich mein Bedenken zu äußern gegen die heutzutage oft allzu oberflächlich geführten Hautrisse, die das Extrem der früheren tiefen und blutigen, halbfingerlangen Schnitte darstellen. Wenn nur die Hornschicht der Epidermis getroffen ist, kaum einmal die Schleimschicht, so bildet sich zwar ein kleiner, bei der Nachschau rauh anzufühlender Schorf, jedoch keine spezifische Pustel, nicht einmal ein Knötchen, falls nicht die kratzenden und infizierenden Fingernägel oder das reibende Hemd nachhelfen. Selbst wenn an dem kleinen Schorfe ein wenig bernsteingelbes, vertrocknetes Serum sitzen sollte, so halte ich dieses Gebilde nicht für spezifisch und schutzgewährend. Ich habe Impftermine beobachtet, in denen die Impfärzte allgemein solche kleine Wundschorfe bei Wiederimpflingen, die später keine weißliche Impfnarbe hinterlassen, als gültige Schutzpocken durchgehen ließen. Zudem genügt bekanntlich heutzutage schon ein einziges Knötchen. Man sollte daher, besonders bei dem heutigen mildwirkenden Impfmaterial, bei Wiederimpflingen auch wieder sechs Schnitte verlangen, und dann mindestens eine richtige Pustel mit milchigem oder dunkelgetrübtem Inhalte, jedoch keine Knötchen, von welcher Art auch immer, als gültig hingehen lassen. Nach meinen Beobachtungen fürchte ich, daß von den in den letzten Jahren geimpften Schülern ein nicht allzu kleiner Prozentsatz ganz im Sinne der Impfgegner geimpft wurde, d. h. daß sie keinen genügenden Impfschutz erlangt haben.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Die moderne Stellung der gerichtlichen Medizin. Die Beziehungen zwischen Medizin und Recht. Von Prof. Dr. H. Zangger-Zürich. Sep.-Abdr. aus dem Schweizerischen Zentralbl. für Staats- u. Gemeindeverwaltung; XIII. Jahrg., 1912, Nr. 6—7.

Zu den vornehmsten Aufgaben der modernen gerichtlichen Medizin gehört es, drohende neue und unbekannte Gefahren auf Grund der täglichen engsten Beziehungen mit dem Leben der Gegenwart festzustellen und genau zu erkennen. Dem Autor gelang es, durch die direkte Diagnose einer Pb-, einer Hg-, einer H_2S-, CO- —, einer Nitrobenzol-Vergiftung die genannten Gifte in dem Arbeitsgebiete nachzuweisen, ohne daß jemand im Betrieb vorher von der Anwesenheit dieser Stoffe wußte. Zufällige Vergiftungen finden jetzt häufiger als früher bei Kindern dadurch statt, weil teilweise giftige Produkte durch die Arbeiter mit nach Hause genommen werden, als Spielzeug, Medikamente oder Genußmittel. Auch diese sind meist diagnostiziert worden, als bleibende Schädigungen eingetreten waren.

Die neuen Versicherungsgesetze haben zur Folge, daß die Art der Fälle, die früher den Arzt mit Gericht und Verwaltungsbehörden in Verbindung brachten, heute kaum 5—10 % der gesamten Zahl gerichtlich-medizinischer Fälle ausmachen.

Bei allen Explosionen registriert nichts so genau die Vorgänge, wie der menschliche Körper. Bei der Knallgas-Explosion im Technikum in Winterthur konnte der Autor aus der Gewalt und Lokalisation der maximalen Wirkung, der Art der Verbrennung die Diagnose auf Knallgas stellen. Ueber die Erfahrungen bei dem Minenunglück in Courières ist bereits früher berichtet (s. diese Zeitschrift; 1907, 1. Beil., S. 149). Trotz der von Zangger gestellten

Diagnose auf CO-Vergiftung hat man in der Verwirrung 4 Tage gewartet, bis dieselben Berichte aus Paris kamen. Die Laien verlieren bei Tod und Unglück den Kopf; der gerichtliche Mediziner soll den Ereignissen gegenüberstehen als Arzt und als Mensch, der den Sinn des Gesetzes kennt und die psychologischen Momente richtig einschätzen kann.

An den rechtlichen Aufgaben und an der Gesetzgebung der Zukunft hat der Arzt vermöge seiner Erziehung und Stellung voraussichtlich einen wesentlichen Anteil. Aber auch die Juristen müssen von kundiger Hand mit Bewußtsein der Verantwortlichkeit in die einschlägigen Fragen eingeführt werden; sie müssen die Veränderungen, die der Strafvollzug in der Persönlichkeit vollbringt, möglichst lange Zeit hindurch verfolgen.

Der Autor schildert zum Schluß seiner außerordentlich anregend geschriebenen Abhandlung die Aufgaben des Unterrichtes in der gerichtlichen Medizin und berichtet über die unter seiner Leitung am Züricher Institut geschaffenen Arbeiten. Dr. Mayer-Simmern.

Die Wassermannsche Luesreaktion und ihre forensische Bedeutung. Von Dr. Otto Leers, Gerichtsarzt in Gleiwitz. Archiv für Anthropologie u. Kriminalistik; Bd. 47, H. 3 u. 4.

Obwohl wir heute noch nicht zu einer einheitlichen und befriedigenden Erklärung des Wesens der Wassermannschen Reaktion gelangt sind, so übertrifft die ursprüngliche Versuchsanordnung Wassermanns mit luetischem Extrakt alle Ersatzmittel und bleibt allein maßgebend. Bei manifester Lues reagieren 95% der Fälle positiv; Gesunde mit sehr seltenen Ausnahmen (Tropenkrankheiten) negativ. Die Reaktion ist daher als charakteristisch für Lues anzusehen, ist auch differential-diagnostisch von hohem Wert. Bei der Paralyse finden sich im Blute und im Liquor spinalis Hemmungskörper, bei der Tabes im Blut, während sie im Liquor fehlen können.

Gerichtsärztlich findet die Wassermanntche Reaktion hauptsächlich Anwendung bei strafrechtlichen Entscheidungen über Körperverletzung, über kriminelle Abtreibung und Sittlichkeitsverbrechen; bei zivilrechtlichen Entscheidungen über Fragen des Ehe- und Familienrechtes.

Prognostisch ist die Wassermannsche Reaktion nur mit großer Vorsicht zu verwerten. Dr. v. Mach-Bromberg.

Ueber Untersuchungen mittels der Wassermannschen Reaktion an der Leiche. Von Dr. Georg B. Gruber, I. Assistent am pathol. Institut des Krankenhauses r. d. Isar. Münchener mediz. Wochenschr.; 1912, Nr. 25.

Verfasser stellte an 300 Leichen Untersuchungen mittels der Wassermannschen Reaktion an und kommt auf Grund seiner ausführlich beschriebenen Untersuchungen zu folgenden Schlußsätzen:

1. Die W. R. kann einwandfrei an Leichenmaterial ausgeführt werden; sie darf aber nur dann als positiv betrachtet werden, wenn sie die Hämolyse der roten Blutkörperchen in hohem Grade hemmt.

2. Der positive Ausfall der W. R. an Leichenmaterial ist nur in Verbindung mit anderen — anamnestischen, klinischen oder besonders anatomischen — für Lues sprechenden Momenten zu verwerten. Danach sind ca. 85 Prozent der positiven Leichenreaktionen für die Diagnose einer Lues zu verwerten.

3. Der negative Ausfall der W. R. an Leichenmaterial ist nicht durchwegs zuverlässig in dem Sinne, daß der Verstorbene niemals an Lues gelitten hat.

4. Statt Blutserum kann man auch die inaktivierten Sekrete der Körperhöhlen zur W. R. benutzen, mit Ausnahme der Zerebrospinalflüssigkeif, deren Reaktion besonders zu beurteilen ist.

5. Für die Erklärung der produktiven, von Döhle zuerst beschriebenen Aortenerkrankung, kann auch die Anwendung der W. R. am Leichenblute in weitaus der Mehrzahl aller Fälle mit höchster Wahrscheinlichkeit Lues als ätiologischer Faktor herangezogen werden.

6. Auch für die diagnostische Entscheidung bei gerichtlichen Obduktionen — einschließlich der Sektionen in Versicherungs- und Rentenangelegenheiten — kann der W. R. eine erhebliche praktische Bedeutung zukommen.

Dr. Waibel-Kempten.

Kriminalistische Mitteilungen aus der Praxis. Von Staatsanwalt Mehl in Waldshut. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 47, H. 1 u. 2.

1. Ein Fall von Blausäurevergiftung. Der Fall ist dadurch bedeutungsvoll, daß bei einem 4½jährigen Kinde, das vor dem Tode Bittermandeltropfen vom Vater angeblich zur Beruhigung erhalten hatte, noch 45 Tage nach dem Tode von Prof. Dr. Autenrieth Blausäure einwandsfrei und zwar quantitativ nachgewiesen werden konnte. Bisher hat man vielfach angenommen, daß dies nicht mögiich sei.

2. Ueberfall und Mordversuch oder Selbstmordversuch? Meineid eines Schwerverletzten angesichts des Todes. Es handelte sich hier um den Selbstmordversuch eines erheblich belasteten jungen Menschen von 17¼ Jahren, dem der Schutz des § 51 Str. G. B. zugebilligt wurde.

Dr. v. Mach-Bromberg.

Zur Kasuistik der zufälligen Erhängungen. Von Dr. Balter-Odessa, mitgeteilt von Curt v. Dehn-Riga. Archiv für Anthropologie u. Kriminalistik; Bd. 47, H. 3 u. 4.

Ein Kind von 1 Jahr 4 Mon. läuft beim Spielen gegen eine im Zimmer zum Wäschetrocknen aufgehängte Schnur, so daß sich diese 2 mal um den Hals schlingt; die ca. 3½jährige Schwester kann es nicht befreien, erst die nach einigen Minuten eintreffende Mutter. Unter Umständen kann solcher Fall große forensische Bedeutung gewinnen. Dr. v. Mach-Bromberg.

Die Fixierung von Fingerabdruckspuren am Tatort. Von Dr. Robert Heindl-Dresden. Archiv für Anthropologie u. Kriminalistik; Bd. 46, H. 3 u. 4.

Verfasser behauptet, daß das neue, 1911 veröffentlichte Schneidersche Verfahren zur Fixierung von Fingerabdruckspuren in Wirklichkeit nicht neu sei, sondern daß ähnliche Verfahren bereits vorher (1899) von dem Brasilianer Dr. Dubois, 1910 von Dr. Stockis angegeben seien; ein diesem ähnliches Verfahren werde auch in Dresden bereits seit mehreren Jahren benutzt. Verfasser kritisiert sodann die verschiedenen Methoden und hebt die Vorzüge des Dresdener Systems besonders hervor. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Dr. v. Mach-Bromberg.

Ein neuer Pausapparat zum Kopieren von Unebenheiten des Bodens. Von cand. jur. Wilhelm Polzer-Graz. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 46, H. 3 u. 4.

Verfasser schildert die Vorzüge eines neuen Pausapparates, bei dem als Pauspapier eine Folie Cellit benutzt wird, das durch feuchtes Abwischen stets gebrauchsfähig gemacht werden kann.

Dieser Pausapparat dürfte wegen seiner Einfacheit namentlich auf dem Lande Verwendung finden. Dr. v. Mach-Bromberg.

Zur Frage der Selbstentmannung. Von Staatsanwalt Dr. Eckert in München. Archiv für Anthropologie u. Kriminalistik; Bd. 47, H. 3 u. 4.

Die Erfahrung, daß jene angeblichen Angriffe, bei denen Männer von Unbekannten überfallen und entmannt worden sein sollten, in den seltensten Fällen ernst sind, wird durch den hier geschilderten Fall bestätigt.

Der Betreffende wurde wegen groben Unfugs zu drei Tagen Haft verurteilt. Dr. v. Mach-Bromberg.

Beiträge zur Erkenntnis der Todesstrafe. Von Dr. Method Dolanc-Graz. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 46, H. 3 u. 4.

Verfasser gibt eine kurze aktenmäßige Darstellung zweier Mordtaten, des Verhaltens der Verbrecher während der Untersuchung und nach der Urteilsfällung und daran anschließend eine Beschreibung des Hinrichtungsaktes. Er will dadurch zeigen, daß das im Volke vorhandene Rechtsbewußtsein für die schwersten Verbrechen auch die schwerste Sühne fordere, und daß nur die Furcht vor dieser schwersten Sühne die verderbtesten Verbrecher wenigstens einigermaßen in Schach zu halten vermag.

In dem einen Fall wurde von dem Vollzug der Todesstrafe Abstand genommen, weil der Verbrecher noch wichtige Momente zutage brachte; es erfolgte jedoch wiederum die Verurteilung und dann auch die Justifizierung. In dem Umstande, daß der Verbrecher zweimal die Todesangst, d.h. die eigentliche Strafe erlitten habe, findet Groß ein unlösbares Dilemna, das unbedingt gegen die Todesstrafe spricht. Unseres Erachtens ist die Todesstrafe notwendig, jedoch nicht als abschreckendes Strafmittel, sondern aus sozialen Gründen, weil es die sicherste Verwahrungsstrafe ist; sie muß deshalb unbedingt beibehalten werden, so lange unsere Gefängniseinrichtungen für eine absolut sichere Verwahrung nicht ausreichen. Dr. v. Mach-Bromberg.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Die Beurteilung psychopathiseher Konstitutionen (sog. psychischer Minderwertigkeit). Von Prof. Dr. Liepmann in Berlin. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1912, Nr. 5.

Zunächst wird der Begriff Psychopathie kurz erklärt. Es gibt angeborene und erworbene Psychopathien; als Hauptursache der letzteren sind der Alkohol und das Trauma anzusehen, zu betonen ist aber, daß die Anlage auch bei der erworbenen Psychopathie eine große Rolle spielt. Während nun im allgemeinen, d. h. dauernd eine ausgesprochene Geistesstörung bei diesen Personen nicht besteht, können doch unter gewissen Umständen vorübergehend derartige Zustände auftreten, die direkte Psychosen darstellen, aber streng von dem Dauerstand zu trennen sind.

Verfasser geht dann näher auf den Begriff „Déjénéré" ein, d. h. auf die mit erblich degenerativer psychopathischer Konstitution Behafteten, und bespricht in seinen weiteren Ausführungen lediglich diese Gruppe der Psychopathen.

Die morphologischen Entartungszeichen sind von Lombroso sehr überschätzt worden, heute kann man von ihnen nur sagen, daß sie sich in größerer Häufigkeit bei Psychopathen und speziell bei der Gruppe der Degenerierten finden. Allen Spielarten dieser Gruppe ist ferner in somatischer Beziehung gemeinsam: 1. Daß die nervösen Funktionen ungemein häufig gewisse Abweichungen zeigen und namentlich Sensibilitätsstörungen auftreten, die an Hysterie erinnern. 2. Die Neigung zu Ohnmachten, Schwindelanfällen, Bewußtseinspausen oder direkten Krampfanfällen. 3. Die große Intoleranz gegen Gifte. Ferner ist das Triebleben abnorm; auch treten die verschiedensten sexuellen Abweichungen auf.

In ganz charakteristischer Weise ist das Gefühlsleben alteriert. Die Psychopathen sind von gesteigerter Affektivität, ungleichmäßig in ihrer Stimmung und Kinder des Augenblicks; sie neigen alle zum Selbstmorde. Neben krassem Egoismus entdeckt man oft die zartesten Empfindungen. Viele Dégénérés sind moralisch untadelhaft; bei vielen anderen finden wir die moral insanity oder besser die moralische Idiotie. Das Denken dieser Leute ist springend, absurd, verschroben; vor allen Dingen zeigt bei manchen die Phantasie eine abnorme Lebhaftigkeit. Bei vielen finden sich Zwangszustände, wie Platzfurcht usw. Verwandt mit diesen Zwangsvorstellungen ist „die übermütige Idee" (Beispiel: Jene Frauenagitatorin, die das ganze soziale Elend auf die schlechten Oefen zurückführte).

Verfasser geht dann auf die Lebensschicksale der Degenerierten ein. Viele enden im Gefängnis; dort tritt dann das ein, was oft erst diese Personen in die Hände der Psychiater führt: Die Haftpsychose (Zuchthausknall). Dies ist eine Kategorie der erwähnten transitorischen Geistesstörungen, die auf dem Boden der Psychopathie erwachsen. Drei Typen dieser Haftpsychosen sind am häufigsten: 1. ein explosiver Wutzustand, 2. die halluzinatorischen Zustände, 3. der Stupor.

Zum Schluß bespricht Verfasser die gerichtliche Beurteilung der Psychopathen und die Therapie. Der § 51 kann ihnen meistens nur dann voll zuerkannt werden, wenn die Tat in einem der erwähnten transitorischen Zustände ausgeübt ist, in den anderen Fälle müssen vor der Hand die mildernden Umstände einen Ausweg bieten, soweit dies rechtlich angängig ist. Der neue Strafgesetzentwurf führt bekanntlich den Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit ein und sieht für diese Zustände besondere Anstalten vor.

Dr. Pachnio-Stralsund.

Aus der Praxis der Begutachtung von Alkoholdelikten. Von Oberstabsarzt Dr. Th. Becker. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1912, Heft 11.

Der einfache Rausch mittleren Grades darf aus rechtspolitischen Gründen nicht als Strafausschließungsgrund dienen, wenn auch die psycho-physischen Wirkungen des Alkohols als schuldmilderndes Moment hervorzuheben ist. Anders liegt es, wenn Verwirrtheit oder sonstige Symptome nachzuweisen sind, die auf Ausschaltung der höheren zerebralen Zentra deuten; auf Gedächtnisdefekte ist dabei weniger Wert zu legen, da diese auch bei einfachem Rausche vorkommen können. Quantitative und qualitative Alkoholintoleranz — erstere nach kleinen Mengen Alkohol, letztere mit wesensverschiedenen Symptomen — kann erworben oder angeboren sein. Beim pathologischen oder komplizierten Rausch, bei dem schwere psychische Störungen oft mit verhältnismäßig geringen körperlichen Lähmungserscheinungen einhergehen, handelt es sich um eine echte Geistesstörung mit Ausschaltung des Bewußtseins, so daß § 51 anzuwenden ist; aber auch Fälle mit Symptomen, die dem einfachen Rausche wesensfremd sind, werden unter § 51 gestellt.

Neun Einzelfälle werden kurz analysiert.

Dr. Bernstein-Allenstein.

Zwei merkwürdige Fälle aus dem Anfang des neunzehnten Jahrhunderts. Von Prof. C. Stooß in Wien. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 46, H. 3 und 4.

1. Die religiöse Schwärmerei. Es handelt sich um einen von den abergläubischen Angehörigen geduldeten Selbstmord durch Verbrennung einer religiösen Schwärmerin, die angeblich vorher 7 Jahre bettlägerig gewesen und behufs Ausführung der Tat ohne jede Hilfe aus dem Bette gestiegen war und sich in den Backofen begeben hatte. Die Angehörigen wurden, weil sie aus abergläubischer Schwärmerei den Selbstmord geduldet hatten, freigesprochen, aber unter Polizeiaufsicht gestellt.

2. Liebeswahn. Ein 27jähriger durch Trunk und Ausschweifungen heruntergekommener Schiffsmakler verwundete in Triest zwei Frauen tödlich durch Messerstiche, weil die jüngere sich bereits seit 8 Jahren in ihn verliebt, ihn durch Teufelskünste der Vernunft beraubt und sein Herz verhärtet habe; er behauptete, daß er dadurch ein Narr und Unsinniger geworden sei. Die Triester ärztlichen Sachverständigen erklärten den Täter für unzurechnungsfähig wegen Melancholia Narcissi, die Wiener nahmen Zurechnungsfähigkeit an, erklärten aber, wenn auch der Wahnsinn des Täters nicht erwiesen werden könne, so dürfe er zur Sicherung der Gesellschaft nie mehr freigelassen werden.

Das untere Kriminalgericht verurteilte ihm zum Tode, das Obergericht hob das Urteil auf, weil die Zurechnungsfähigkeit nicht sicher erwiesen sei, ordnete aber dauernde Verwahrung an. Dr. v. Mach-Bromberg.

Stefan Wanyek, der Massenmörder von Favoriten. Von Dr. Emil Rechert-Wien. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 46, H. 3 und 4.

Der „Fall Wanyek" ist ein Seitenstück zu dem von Prof. Svenson im Archiv für Kriminalanthropologie, Bd. 45, H. 3—4 veröffentlichten Massenmörder Nordlund. W. ist das klassische Beispiel des geborenen Verbrechers. Von früher Jugend auf verkehrte er mit Prostituierten und Verbrechern, war arbeitsscheu und verschlossen, wird in der Strafanstalt als gefährlicher und unverbesserlicher Verbrecher qualifiziert. Bei einem Einbruche ertappt, schoß er kaltblütig eine um Hilfe schreiende Frau nieder, verletzte auf der Flucht noch eine Reihe von Personen durch Revolverschüsse schwer und wehrte sich schließlich verzweifelt mit dem Kolben gegen seine Verhaftung. Die Verurteilung zum Tode nahm er mit voller Ruhe und Gleichgiltigkeit hin, aß und trank vor dem Tode mit bestem Appetit. Verfasser hält ihn für einen Selbstmörder, der die Ausführung dem Scharfrichter überließ.

Man muß dem verstorbenen Wiener Rechtsanwalt Elbogen Recht geben, welcher hierzu sagte: „Ich kenne keinen Kriminalfall, der die Unzulänglichkeit, ja den schreienden Widersinn unserer Strafrechtspflege so drastisch dartut, so

hell beleuchtet, wie diese Affäre." Ein Verbrecher wie W. hätte schon nach seinen ersten Taten unschädlich gemacht werden müssen.

Dr. v. Mach-Bromberg.

Ein psychologischer Streifzug durch das Gebiet der Beleidigungsklagen — Privatklagen. Von J. Marschall, Amtsrichter in München. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 46, H. 3 und 4.

In Strafsachen tritt die Kriminalität der Frau erheblich hinter der des Mannes zurück (46,4 %); bei Uebertretungen beträgt sie dagegen 86,7 %. Bei den Sexualbeleidigungen überragt die Zahl der Frauen jene der Männer in jeder Beziehung. Die Gründe dafür sind geringere Bildung der Frau, größere Erregbarkeit und Mangel an Selbstzucht, sowie der Umstand, daß die Frau mehr Geschlechtswesen ist als der Mann. Man muß auch hypomanische Erregungszustände bei der Frau während der Menstruationszeit annehmen, vermeide daher bei gerichtlichen Terminen diese Zeiten.

Dr. v. Mach-Bromberg.

Kriminalistische Beiträge. Von Dr. E. v. Kármán, kgl. ungarischer Staatsanwalt in Großwardein (Ungarn). Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 46, H. 3 und 4.

1. Zur Frage der Rekognition der Zeugen. Die hier erzählten Fälle sind ein Beispiel dafür, wie oft die Leute sich irren können, wenn es darauf ankommt, daß sie eine schon von ihnen gesehene Person zu erkennen glauben. Beide Fälle sind nicht innerhalb eines Strafverfahrens vorgekommen, bieten aber deshalb großes Interesse, weil sie dem Verfasser der Abhandlung persönlich passiert und von ihm auf ihre Richtigkeit geprüft sind.

Das Vorkommen solchen irrigen Wiedererkennens kann forensisch von großer Bedeutung werden.

2. Ein Fall von Bauernfängerei. Verfasser schildert einen Bauernfängertrick, der sich die Abneigung der politisch unreifen ungarischen Bauern gegen die gemeinsame österreichisch-ungarische Staatsbank mit Erfolg zu nutze machte.

Dr. v. Mach-Bromberg.

Warum erreichen die Erziehungsanstalten für Schwachsinnige nicht immer ihren Zweck? Von Porada-Leschnitz. Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger; 1912, Nr. 6.

Der Verfasser führt folgende Gründe an:

1. Die Anstaltserziehung wird oft zu spät eingeleitet oder zu früh abgebrochen.

2. Eine Trennnng der erziehungsfähigen von den erziehungsunfähigen und den epileptischen Schwachsinnigen erfolgt meist nicht.

3. Das Erziehungspersonal ist nicht genügend vorbereitet und wechselt zu oft.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Wohin mit den psychopathischen Fürsorgezöglingen zur Beobachtung und Behandlung? Von Ob.-Reg.-Rat Müller in Chemnitz-Altendorf. Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger; 1912, Nr. 6.

Man bringe nicht etwa alle Zöglinge, auch nicht die zweifelhaften zur psychiatrischen Beobachtung und Behandlung in Geisteskrankenanstalten, und dann die als erziehungsfähig darunter erkannten in Erziehungsanstalten, sondern man gebe — nach Ausschluß der schon vor der Anordnung der Fürsorgeerziehung als krank erkannten Jugendlichen — alle in große, gute Erziehungsanstalten mit fachmäßig pädagogischen Erziehern und scheide dort unter psychiatrischer Mitarbeit und Entscheidung die als pathologisch festgestellten nicht erziehungsfähigen aus, um sie in geeignete Pflegeanstalten unterzubringen und das Publikum vor ihnen und ihren krankhaften, gefährlichen Neigungen zu bewahren.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Wohnungshygiene.

Die Hygiene im Städtebau. Von Dr. W. Hegemann. Die Hygiene; 1912, Nr. 11.

Das Stadterweiterungsgeschäft in seinem weitesten Sinne ist ein Unternehmen von grundlegendem und verzweigtem Charakter: auf der einen Seite trägt das Stadterweiterungsgeschäft, verbunden mit der Boden-, Steuer-, Verkehrs- und Freiflächenpolitik, in sich so manche Möglichkeiten des Gewinnes und der Art und Weise, diese Gewinne zu verbuchen, so unendlich viele Kompetenzmöglichkeiten zur Verfolgung gewollter Zwecke, neue technische, öffentlich- und privatrechtliche Methoden einzuführen, daß eine auf Grund der heutigen städtebaulichen Verfassung berechnete und erwiesene „Unmöglichkeit“ beinahe unmöglich ist; auf der anderen Seite ist die Bedeutung des Städteerweiterungsgeschäftes mit gesamter Wirkung auf die Physiologie und Psychologie der lebenden und kommenden Generationen so grundlegend, daß die Forderungen, die man für die Fortsetzung des Stadterweiterungsgeschäftes als berechtigt und zwingend anzuerkennen gewillt ist, sehr wohl zum Ausgangspunkt aller Berechnungen gemacht werden können, so daß die Frage eben nicht mehr lauten muß: „Was ist unter den bestehenden Verhältnissen möglich?“, sondern „Wie müssen die Verhältnisse, die bestehen dürfen, beschaffen sein, damit die als berechtigt und zwingend erkannten Forderungen durchgesetzt werden können?“ Die Frage der Hygiene im Städtebau gehört zu den größten Fragen der Gegenwart und es wird eine Frage werden, an der sich die Geister scheiden müssen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Wohnungspflege. Von Prof. Dr. Sommerfeld-Berlin. Die Hygiene; 1912, Nr. 8.

Eine durchgreifende, ausgebildete Wohnungspflege ist geeignet, nach verschiedenen Richtungen hin großen Nutzen zu stiften. Auf der anderen Seite vermag die Wohnungspflege allein die Wohnungsfrage allerdings nicht zu lösen, insbesondere nicht den schrecklichen, mit der Höbe der Mietpreise eng zusammenhängenden Uebelstand der Wohnungen zu beseitigen. Vielmehr ist dort, wo die Wohnungspflege tatkräftig durchgeführt wird, die Gefahr vorhanden, daß hierdurch die Mietpreise geradezu gesteigert werden und die ärmere Bevölkerung in solchen Bezirken zusammengedrängt wird, wo die Beaufsichtigung eine weniger strenge ist, Mit der Wohnungspflege muß deshalb, besonders in den Ortschaften mit dichter Bevölkerung, eine kräftige positive Wohnungsreform Hand in Hand gehen. Diese hat in erster Reihe die Erschließung neuer Stadtteile und, soweit erforderlich, auch der Umgebung der Industriestädte für die Errichtung von Kleinwohnungen für die minderbemittelten Bevölkerungskreise ins Auge zu fassen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Haushalt und Wohnungspflege. Von M. Diefke. Hygiene; 1912, Nr. 8—9.

Eine gesunde Wohnung ist nur denkbar unter Gewährleistung einer bestimmten Mindestgröße der Wohnung, eines bestimmten Mindestquantums an Grundfläche und Rauminhalt. Voraussetzung ist ferner, daß bestimmte äußere Vorschriften über die hinreichende Zuführung von Luft und Licht innezuhalten sind, daß Grenzen festgelegt sind, bis zu denen eventuell der Fußboden der Wohnung unter dem Straßenniveau liegen darf usw. Abgesehen von diesen polizeilichen Mindestforderungen bestehen hauptsächlich zwei Ursachen für die Gesundheitsschädlichkeit der Wohnungen. Die eine betrifft die Fehler in der Anlage und in dem Bau der Wohnungen, die andere die fehlerhafte und unzureichende Pflege der Wohnungen. Wie ist es nun möglich, den zur Durchführung der Wohnungspflege notwendigen Einfluß auf die Haushaltungen zu gewinnen? Das sind die Wohnungsämter und die Wohnungsinspektionen, die in erster Linie zur Wohnungsbeaufsichtigung bestimmt sind. Unbedingt erforderlich ist aber natürlich, daß sich die Wohnungsämter und die Wohnungsinspektionen selbst zur Erfüllung ihrer Aufgabe befähigen. Vor allen Dingen muß der Wohnungsaufsicht jede Spur eines polizeimäßigen Charakters genommen werden; wenn auf irgend einem Gebiete für die Frau ein Feld wei-

tester Betätigung besteht, ist dies auf dem Gebiete der Wohnungspflege der Fall. Zwei Hauptfeinde bedrohen die Wohnungshygiene: die Feuchtigkeit und der Staub. Gegen die Feuchtigkeit gibt es drei Rezepte: erstens lüften, zweitens lüften, drittens lüften. Verhältnismäßig schwieriger ist die hygienische Staubbeseitigung. Das trockene Kehren der Zimmer sollte nach Möglichkeit überhaupt vermieden werden. Wo es irgend geht, sollte man feucht aufwischen. Es kann aber kein Zweifel sein, daß es unserer Technik und Industrie leicht fallen wird, die Entstaubungsapparate so herzustellen, daß sie auch in jeder einfachen und bescheidenen Wohnung zur Anwendung gebracht werden können. Die Betten müssen möglichst länger gelüftet werden, sie müssen auch so oft es irgend geht, geklopft werden. Hygienisch am meisten gefährdet ist die Küche, nicht nur weil durch das Kochen eine größere Menge Wasserdampf erzeugt und dadurch die Feuchtigkeitsbildung gefördert wird, sondern auch deshalb, weil es in kleineren Haushaltungen üblich ist, die Küche zum Reinigen der Kleider, Stiefel etc., die den gesundheitsschädlichen Staub von der Straße mit hereinbringen, vorzunehmen. Die hauptsächlichsten Grundsätze der Wohnungshygiene und Wohnungspflege sollten in Wohnungsordnungen zusammengefaßt werden, die praktische und leichtverständliche Ratschläge über die Reinigung, Lüftung, Heizung der Wohnung etc. enthalten müßten. Vor allen Dingen wäre es aber notwendig, die Wohnungsordnungen in die gedruckten Mietsvertragsformulare aufzunehmen. Der Unterricht in der Wohnungshygiene und Wohnungspflege müßte in den Fortbildungsschulen fortgesetzt und erweitert werden. Für die jungen Mädchen böten die Haushaltungsschulen die geeignetste Stelle, den Unterricht zu vervollkommnen. Zur Unterweisung der jungen Männer in der Wohnungshygiene böte der Militärdienst die beste Gelegenheit. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die wirtschaftliche Durchführung hohen Komforts im Bürgerhause. Von Prof. G. Chr. Nussbaum-Hannover. Die Hygiene; 1912, Nr. 8.

Bei der Vervollkommnung des Komforts der Bürgerwohnung handelt es sich in erster Linie um die Heizung. Berücksichtigt man die Ersparnisse bei der Kostengegenüberstellung von Herdfeuerung und Gasfeuerung, von Ofenheizung und Sammelheizung, Fernheizung oder Gasheizung, dann wird die Rechnung in der Mehrzahl aller Fälle zugunsten der Gasfeuerung und der Gasheizung oder Fernheizung, stets zugunsten der Sammelheizung ausfallen. Ihre Durchführung liegt daher nicht nur im Sinne des Wohlbehagens, sondern auch im Sinne der Wirtschaftlichkeit, während die höhere Reinheit der Wohnungsluft von Staub und Ruß einen hohen gesundheitlichen Gewinn bedeutet, der uns als Nebengabe kostenlos zufällt. Fast das nämliche gilt von dem Ersatz der bisherigen Reinigungsart der Zimmer, Polster, Betten, Teppiche und dergl. durch die Staubabsaugung.

Die Darbietung einer oder mehrerer Toiletten, deren Waschtisch mit Zuleitung von kaltem und warmem Wasser, sowie mit Wasserleitung versehen ist, macht sich für neue Haushaltungen ebenfalls bezahlt. Ebenso nützlich erweist sich die Anlage zahlreicher Wandschränke.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Moderne Bestrebungen auf dem Gebiete der zentralen Wohnungsbeheizung. Von Dipl.-Ing. Recknagel. Die Hygiene; 1912, Nr. 8.

Der Verfasser empfiehlt als Wärmezentrale eine Niederdruckdampfkesselanlage, während die Dampfwassermesser der Heizapparate jeder Wohnung im Keller angeordnet werden. Ferner warnt er vor der Verblendung der Heizkörper. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Hebung der Wohnungshygiene durch Elektrizität. Von Dipl.-Ing. R. Schlesinger-Charlottenburg. Gesundheit; 1912, Nr. 6.

Infolge der bequemen Schaltbarkeit, guten Regulierfähigkeit und der Ersparnis an Zeit und menschlicher Arbeit, die beim elektrischen Betriebe zur Geltung kommen, sind fast alle elektrischen Apparate so wirtschaftlich in ihrer Arbeit, daß sie heute als Konsumartikel für den Mittelstand und die Arbeiterbevölkerung sehr wohl in Betracht kommen können.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber Feuchtigkeitsbewegung in Neubauten und deren Beziehung zur Entwicklung von Pilzen. Von Ing. Wolfmann-Berlin. Die Hygiene; 1912, Nr. 8—9.

Nachdem der Verfasser die Bedeutung des Hausschwamms und die Feststellung besprochen hat beschäftigt er sich mit der Feuchtigkeit vor der Gebrauchsabnahme und den Isolierungen, den Kellergeschoßräumen, den Schüttungsmaterialien, den Balkendecken und dem Holzmaterial und weist zum Schluß auf die Zerstörungen durch Insekten hin. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Der Schutz vor dem Schall. Von Dr. Berger-Bonn. Hygiene; 1912, Nr. 9.

Das beste Mittel, sich vor den Schall zu schützen, ist, seine Entstehung zu verhindern. Durch eine Reihe von Erfindungen wird die Entstehung eines Geräusches verhindert oder wenigstens seine Stärke verringert. Man wende zur Isolation einen Stoff an, bei dem das spezifische Gewicht und die Schallgeschwindigkeit stark von denen desjenigen Stoffes abweicht, in dem die Ausbreitung gehindert werden soll. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Wohnungsfrage in Irland. Von A. Scott Quekett, Berrister-at Law, legal adviser to the Local Government Board for Ireland. The journal of state medizine; XX, Nr. 7, Juli 1912.

In Irland hatte die Wohnungsreform hauptsächlich die Interessen der Landarbeiter zu vertreten, da die Großgrundbesitzer sich um die Wohnungen ihrer Arbeiter nicht zu kümmern pflegten und diese bei ihrem kärglichen Lohn darauf angewiesen waren, sich an Bergabhängen für sich und ihre Familie mit eigener Hand kleine Hütten zu zimmern. Eine Abwanderung in die Städte ist in Irland nicht häufig. In der Erntezeit geht der arme Bauer nach England oder Schottland und bringt seinen Lohn ehrlich nach Hause. Ist er nicht imstande, auf seinem kargen Stückchen Lande seine Kinder durchzubringen, so wandert alles nach Amerika aus.

Die Labourers (Ireland) acts, die von 1883—1911 erlassen wurden, suchten die Wohnungsfrage zu regeln. Die Landarbeiterfamilie hat durchschnittlich 5 Personen. Das Gesetz sieht vor: einen Wohnraum oder Küche und 3 Schlafzimmer. Solch ein Häuschen kann mit dem zugehörigen Land für £ 170 gebaut werden. Die wöchentliche Miete beträgt 6½ d bis 2 s 6 d. Die Differenz zwischen diesem Betrag und der Miete, die der Arbeiter von seinem Lohn zahlen kann, soll durch den Staat bezahlt werden. Das Gesetz von 1906 ermächtigte die Land Kommission, eine Summe von £ 4½ Million den ländlichen Distriktsbehörden zum Bau solcher Häuserchen zur Verfügung zu stellen. Das Ergebnis war so günstig, daß bis 1910 23000 Häuschen gebaut waren. Ohne staatliche Hilfe, billiges Geld, lange Amortisationsperioden, Unterstützung der Rückzahlung durch öffentliche Fonds wäre das Ergebnis nicht möglich gewesen. Auch so fällt immer noch ein Teil der Miete bezw. der Zinsen auf die örtlichen Steuern.

Dr. Mayer-Simmern.

---

2. Rauch-, Staub- und Müllbeseitigung. Strassenhygiene.

Verbrennung und zentrale Rauchbeseitigung. Von Dr. E. Rasser. Städte-Ztg.; 1912, Nr. 21.

Der Verfasser bespricht die Einführung zentraler Rauchbeseitigung für ganze Gemeinden etc. in der Weise, wie heute bereits das Trinkwasser oder Gas zentral geliefert oder die Abwässer zentral durch Kanalisation beseitigt werden. Der Rauch der einzelnen Feuerstätten würde also dann nicht mehr durch Schornsteine über Dach geführt, sondern durch besondere Rohrleitungen (Kanalisation) nach unten abgesaugt werden. Die Rauch- und Rußbekämpfung muß mit Mitteln rechnen, die überall durchführbar sind und dievor allem mit der Entwicklung unserer Industrie vereinbaren lassen. Mit Recht wird die Forderung erhoben: Mehr Gas- und Elektrizitätskonsum. Gasanstalten und namentlich Elektrizitätswerke, sind noch sehr wohl imstande, ihre Preise zu reduzieren, ohne Gefährdung der Rentabilität, ganz zu schweigen von der besseren Ausnutzung der Wärme bei Verwendung dieser Medien im Gegensatz zum Kohlenherd. Es könnte bei sehr großen Anlagen die Verarbeitung von Kohlen ohne weiteres gestattet werden, wenn sie — das ist allerdings die conditio sine qua non —

für rauch- und rußlose Verbrennung sorgen. Und das ist möglich. Die Mittel, die sowohl einer möglichst rauchfreien Verbrennung, als auch einem wirtschaftlichen Arbeiten der Anlage genügen, sind: Ununterbrochene (automatische) Beschickung, Zuführung von Sekundärluft (Luft über dem Feuer), Entgasung der Gase vor der eigentlichen Verbrennung.

Der Zweck der Feuerungskontrolle ist dahin gerichtet, die Verbrennung möglichst vollkommen zu gestalten, die entwickelte Wärme möglichst nutzbar zu machen und so einen tunlichst ökonomischen und rauchfreien Betrieb zu erzielen.

Für die Kraftversorgung steht heute der so hoch entwickelte Dieselmotor zur Verfügung, der sehr billig arbeitet und gleichfall mit einem Abfallprodukt der Steinkohlenindustrie, dem Teeröl, praktisch rauch- und rußfrei betrieben werden kann. Die Vorteile der Oelfeuerung sind:

1. Verminderung des Raumbedarfs gegenüber Stein- und Braunkohle auf die Hälfte und darunter.
2. Einfachste Lagerungsmöglichkeit und gleichzeitig kein Verlust und keine Einbüße an Heizwert durch Lagerung.
3. Keine Selbstentzündung wie bei Steinkohle und Braunkohle.
4. Leichtes Anheizen und rascheste Erzielung der höchsten Wärmewirkungen.
5. Leichte Bedienung und Unterhaltung der Feuerung.
6. Ersparnis an Arbeitskräften infolge leichterer Heranschaffung des Brennmaterials, wie Wegfall der Schlackenausziehung und der Schlackenabfuhr.
7. Ruß- und rauchfreie Verbrennung.

In Summa: Größte Ausnutzung des Heizwertes gegenüber festen Brennstoffen und dadurch bedingte höchste Wirtschaftlichkeit.

Für die Kraftversorgung könnte in vielen Fällen die Elektrizität herangezogen werden. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Wie kann in Bädern und Kurorten ohne Industrie der Rauch- und Rußbelästigung entgegengewirkt werden. Von Ing. M. Stange-Teplitz. Rauch und Staub; 1912, Nr. 8 u. 9.

Die Ueberwachung aller Feuerstätten wäre auf genau festgesetzter Grundlage einem Sachverständigen zu übertragen, der in dem Orte bekannt ist und sich so in Interessentenkreisen das Vertrauen und Entgegenkommen erwerben kann, umsomehr, als er auch als Berater fungieren soll. Sache dieses Sachverständigen ist es nicht allein, momentane Abhilfe zu schaffen, es muß dauernde Abhilfe schaffen durch eine dauernde Ueberwachung, Belehrung usw., insolange noch Feuerstätten vorhanden sind, in denen festes Material verheizt wird. Die Kosten dieses Aufsichtsorganes wird wohl die Stadtgemeinde allein tragen müssen. An Stelle der alten Backofensysteme wäre bei Neuaufstellungen oder Umbauten die Aufstellung eines modernen Backofensystems vorzuschreiben: Bei der Errichtung von Gebäuden soll der Einrichtung der Schornsteine seitens der Baumeister und der diese überwachenden Organe das größte Augenmerk geschenkt werden und zwar bezüglich Weite, Höhe der möglichst senkrechten Führung, der entsprechenden größten Zahl Feuerungen, die in einen solchen Schacht münden und der Ausführung der Innenwände. Ebenso wäre der Kehrweise die größte Aufmerksamkeit zu schenken. Die Schornsteine sollen nur so oft gekehrt werden, als dies unbedingt notwendig ist unter Anwendung der größten Vorsichtsmaßregeln gegen die Belästigung durch fallende Rußflocken. Bei Neubauten soll der Einrichtung der mechanischen Kehrvorrichtung näher getreten werden. Es können zur Belehrung weiterer Kreise Vorträge an geeigneten Orten abgehalten werden oder es soll die öffentliche Presse herangezogen werden, um aufklärend zu wirken. In den Schulen sollen die wichtigsten Naturgesetze in ihrer praktischen Anwendung auf das tägliche Leben gelehrt werden. Die städtische Schutzmannschaft wäre anzuweisen, jeden rauchenden Kamin dem Ueberwachungsorgan zur Anzeige zu bringen, damit dasselbe die Untersuchung und Behebung veranlassen kann.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Das Niederschlagen von Staub, Rauch usw. durch Elektrizität. Von Dr. R. C. Benner-Pittsburg. Rauch und Staub; 1912, Nr. 9.

Rauch von Kohlen und Oel zeigt das gleiche Verhalten wie irgend eine Art von Dämpfen. 1. Der Kohlen- oder Oelrauch kann sowohl durch die punktförmige, wie auch durch die koronaförmige Entladung niedergeschlagen werden. 2. Bei der Verwendung der punktförmigen Entladung ist Gleichstrom wirksamer als Wechselstrom. 3. Läßt man die elektrische Ladung in zylindrischen Röhren auf dichten Kohlenrauch einwirken, so zeigt sich kein Unterschied zwischen Gleichstrom und Wechselstrom, wenn man die kreisförmige (Korona) Entladung anwendet. Die Wirkung scheint um so besser zu sein, je dichter der Rauch ist. 4. Eine 90- bis 95%ige Wirkung wurde auch dadurch erhalten, daß dichter Rauch durch eine kreisförmige Entladung von 24 Zoll Länge hindurchgeleitet wurde. 5. Bringt man ein Objekt in die Höhe der Elektroden, so daß sich die Substanzen darauf niederlagern, so erhält man auf einen dahinter gehaltenen Schirm ein genaues Schattenbild, wodurch bewiesen ist, daß sich die Rauchteilchen in gerader Linie fortbewegen. 6. Es erscheint durchaus möglich, in einer gut wirkenden Anlage die suspendierten Bestandteile mit einem Kostenaufwand von 6—8 Dollar per Tonne zu entfernen. 7. Die Anwendung des elektrischen Verfahrens ist überall da angezeigt, wo die Geschwindigkeit der Rauchgase auf 4—5 Fuß per Sekunde reduziert werden kann und unter der weiteren wichtigen Voraussetzung, daß die Rauchbildung von Anfang an überhaupt nicht vermieden werden kann. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Gegen den Straßenstaub. Von Dr. Trainer-Dresden. Der Straßenbau; 1912, Nr. 13.

Die Abfalllauge der Sulfitzellulosefabrikation ist schon vor Jahrzehnten verwendet worden, um Straßen staubfrei zu machen. Eine solche Verwendung der Ablauge ohne Bearbeitung derselben könnte indessen nur in aller unmittelbarsten Nähe der Zellulosefabriken in Betracht kommen. Die seither angestellten Versuche haben sich auch lediglich abgespielt auf den Fabrikhöfen und auf kurzen, die Fabriken unmittelbar berührenden Straßenstrecken. Die Rohlauge enthält praktisch gerechnet, höchstens 10% Festsubstanz, die für Staubbindung allein in Frage kommt. Bei dieser Verdünnung ist jeder Transport selbstverständlich ausgeschlossen. Aber auch aus anderen Gründen kann die unbearbeitete Rohlauge für Zwecke der Straßensprengung praktisch gar nicht in Betracht kommen. Der Auffassung, daß eine Schädigung der Straßenbäume sowie des Graswuchses an den Böschungen nicht zu befürchten sei, kann nicht beigetreten werden. Die Gewerkschaft „Pionier“, Walsun a. Rh., die wirtschaftlich Sulfitzelluloselauge in regelmäßigem Betrieb und in größeren Quantitäten verarbeitet, stellt aus Ablauge ein Trockenprodukt her, das nur noch ca. 10% Wasser enthält und deshalb auch weiteren Transport verträgt, ohne dadurch zu teuer zu werden. In diesem Produkt, Dusterit genannt, ist die schweflige Säure unschädlich gemacht, so daß Schädigungen ausgeschlossen sind. Wie bei der Anwendung anderer Mittel gegen Straßenstaub ist es auch hier unbedingt notwendig, daß die zu behandelnde Straße vor dem Besprengen vollständig von losem Staub befreit wird. Nur wenn diese Vorbehandlung erfolgt, ist damit zu rechnen, daß der gewollte Zweck erreicht wird. Am besten wird auch hier so verfahren, daß das Bindemittel möglichst tief in das Straßenmaterial eindringen kann. Versuche mit dieser Lauge können unbedenklich empfohlen werden. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Beseitigung und Verwertung fester Abfallstoffe. Von Kreisarzt Dr. Kypke-Burchardi-Bitburg. Städte-Zeitung; 1912, Nr. 26.

Der Verfasser bespricht, nachdem er die Zusammensetzung, Menge und Bedeutung des Mülls einer Erörterung unterzogen hat, die neuesten Einrichtungen auf diesem Gebiete, und zwar: 1. Sammlung und Abfuhr, 2. Beseitigung mit und ohne Verwertung des Mülls, 3. Sortierung, 4. Verbrennung.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Tagesnachrichten.

Todesfall. Am 5. d. M. ist der Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Cramer**, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt sowie der Universitäts-Nervenklinik in Göttingen, in dem besten Mannesalter von 52 Jahren einem tückischen Leiden erlegen. Mit ihm ist einer der hervorragendsten Psychiater aus dem Leben geschieden, der sich um die psychiatrische Wissenschaft als Forscher, Lehrer und Schriftsteller ganz außerordentliche Verdienste erworben hat und sich nicht nur durch eine ungewöhnliche wissenschaftliche Begabung, sondern auch durch eine schier unerschöpfliche tatkräftige Schaffungsfreudigkeit und ein gerade bei einem Arzt selten gefundenes Verwaltungstalent auszeichnete. Die großartige Förderung, die das Irrenwesens während der letzten beiden Jahrzehnte besonders in seiner Heimatprovinz erfahren hat, ist in erster Linie seinem zielbewußten Vorgehen zu verdanken; das Provinzialsanatorium für Nervenkranke „Rasenmühle", die Heil- und Erziehungsanstalt für Fürsorgezöglinge und das Verwahrungshaus für unsoziale Geisteskranke, die sämtlich in Verbindung mit der unter seiner Leitung stehenden Provinzialanstalt errichtet sind und anderen Provinzialverwaltungen als Muster gedient haben, sind wesentlich seine Schöpfungen. An anerkennenden Ehrungen hat es ihm infolgedessen nicht gefehlt; das hat sich besonders gezeigt, als er im Frühjahr dieses Jahres eine ehrenvolle Berufung nach Berlin ablehnte. Ein tragisches Geschick hat den Verstorbenen, den der Provinzialausschuß noch vor kurzem durch die Ernennung zum Landesmedizinal-Rat ausgezeichnet hat, dahingerafft, viel zu früh für seine überaus zahlreichen Freunde, denen seine gewinnende Liebenswürdigkeit, sein warmes Interesse, das er mit jugendlicher Frische allen Fragen entgegenbrachte, unvergessen bleiben wird. Insbesondere gilt das auch von den deutschen Medizinalbeamten, die in ihm ein langjähriges Vorstandsmitglied ihres Vereins verlieren, der keinen geringen Anteil an der gedeihlichen Entwicklung des Vereins seit seiner Gründung gehabt hat. Ehre seinem Andenken!

In der Landesheilanstalt Uchtspringe (Provinz Sachsen) fand in der ersten Hälfte des Juni d. J. ein **psychiatrischer Fortbildungskursus** statt, an denen sich ältere Militär- und Marine-Aerzte, darunter ein österreichischer, Leiter und Hilfsärzte von Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke, einige praktische Aerzte aus der Umgegend und drei Medizinalbeamte beteiligten.

Prof. Alt hielt täglich eine mehrstündige klinische Vorlesung, die bei dem außerordentlich reichen Material, besonders auch an frischen Fällen, im höchsten Maße fördernd und anregend wirkte. Paralyse, Dementia praecox und Epilepsie erfuhren besonders eingehende Behandlung. Selbstverständlich wurde die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion und die Ehrlichsche Syphilis-Therapie für die psychiatrische Praxis gründlichst behandelt. Besonders dankbar muß von dem Praktiker anerkannt werden, daß auch außerhalb der klinischen Vorlesung jedem Teilnehmer reichlich Gelegenheit geboten war, Geisteskranke klinisch und forensisch zu untersuchen und zu begutachten sowie die Anstaltseinrichtungen und die Verwaltung, die Handhabung der Familienpflege Geisteskranker in den benachbarten Ortschaften, die Trinkerfürsorge in der herrlich gelegenen und prächtig eingerichteten Anstalt Wilhelmsthal kennen zu lernen.

Vorgetragen wurde ferner mit weiser Verteilung der einzelnen Materien pathologische Anatomie des Zentralnervensystems (Oberarzt Rühle), Stoffwechseluntersuchungen mit Demonstrationen, und deren Anwendung und Bedeutung für die neurologisch-psychiatrische Praxis (Oberarzt Dr. Hoppe), Röntgenverfahren (Dr. Bufe), Mikro- und farbige Photographie, Schulunterricht und Erziehung geistig minderwertiger Kinder, Wassermannsche Reaktion, Salvarsan-Behandlung, kurz alles, was der Arzt und Medizinalbeamte heutzutage kennen muß.

Und das Alles wurde den Teilnehmern in liebenswürdigster Form und mit Vermeidung der bei anderen Kursen fast immer eintretenden Uebermüdung und Uebersättigung geboten.

Der wissenschaftliche und praktische Gewinn war Dank der Fülle und Auswahl des Materials und der zuvorkommend kollegialen Weise, mit der alles geboten wurde, ein so günstiger, daß den Medizinalbeamten nur ange-

legentlichst zur Teilnahme im nächsten Jahre geraten werden kann, zumal die Kurse außer einer Einschreibegebühr von 20 **Mark** kostenlos sind.

Herms-Burg, Krämer-Worbis, Keferstein-Mageburg.

Die in Breslau vom 3. bis 6. d. Mts. abgehaltene **37. Jahres-Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege** war nicht so zahlreich besucht, wie ihre Vorgänger; denn die letzte Präsenzliste wies nur eine Teilnehmerzahl von 258 auf; der Verlauf war aber gleichwohl ein in jeder Beziehung befriedigender. Seitens der Stadt wurde allen Teilnehmern eine umfangreiche, prächtige Festschrift überreicht, die ein vorzügliches Bild über die Breslauer öffentliche Gesundheits- und Wohlfahrtspflege gibt. Ein ausführlicher Bericht über den Verlauf der Versammlung wird in einer der nächsten Berichtsbeilagen der Zeitschrift folgen.

Im Anschluß an die 37. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Breslau sind die im **städtischen Gesundheitsdienste an leitender Stelle als Beamte der Stadt angestellten Aerzte zu einer Vereinigung** zusammengetreten. Der Zweck der Vereinigung ist, den Ausbau der kommunalen Hygiene und Medizin zu fördern und für die in kommunalen Diensten an leitender Stelle tätigen Aerzte eine der Bedeutung und dem Umfange ihres Arbeitsgebietes entsprechende Stellung im Verwaltungsorganismus zu erstreben. Mitglieder der Vereinigung können Aerzte aus dem Reiche, Deutsch-Oesterreich und Deutsch-Schweiz werden, sofern sie Stellungen wie sie oben bezeichnet sind, bekleiden. Zum geschäftsführenden Ausschuß wurden gewäßlt die Herren DrDr. Rabnow-Berlin-Schöneberg, Krautwig-Cöln und Pötter-Leipzig.

Am 11. bis 14. Oktober d. J. wird in Hamburg ein **Kongreß für biologische Hygiene** stattfinden, für den folgende Tagesordnung festgesetzt ist:

Freitag, den 11. Oktober, abends 8 Uhr: Begrüßung der Teilnehmer.

Sonnabend, den 12. Oktober, von 9½ bis 1 Uhr: Kongreßsitzung im Curiohaus (Rotenbaumchaussee 9—17): Begrüßung. Hierauf folgende Vorträge: 1. Dr. med. Kost-Alsbach (Thüringen): „Neues Denken in der Medizin". 2. Med.-Rat Dr. Bachmann-Harburg: „Der humorale Konstitutionsbegriff". Um 3 Uhr: Hafenrundfahrt. Um 5 Uhr: Versammlung der Mitglieder der medizinisch-biologischen Gesellschaft im „Curiohaus", kl. Zimmer. 8 Uhr: Abendsitzung. 1. Dr. med. Kleinschrod-München: „Ueber das biologische Prinzip der Ernährung". 2. Dr. med. Gisevius-Berlin: „Der Wert der Homöopathie für biologische Hygiene". 3. Dr. med. Holitscher (Oesterreich): „Alkohol und Entartung".

Sonntag, den 13. Oktober, von 9½ bis 1 Uhr: Kongreßsitzung: 1. Frau Clara Ebert-Koburg: „Die Mission der Frau bei Rassenverbesserung". 2. Dr. med. Robert Hessen-Berlin: „Der Rückgang der Geburten in Deutschland". Um 3 Uhr: Gemeinsames Essen im „Curiohaus". Abends 8 Uhr: Lichtbildervortrag von Kunstmaler Fidus-Höppener (Wilmersdorf bei Berlin).

Montag, den 14. Oktober, vormittags von 9½ bis 1 Uhr: Kongreßsitzung. 1. Prof. Dr. Holle-Bremerhaven: „Ziele und Wege des biologischen Unterrichts". 2. Schriftsteller Heinr. Driesmans-Berlin: „Eugenik und Kulturparlament". Um 3 Uhr: Besichtigung des Hamburger Werk- und Armenhauses. Abends 8½ Uhr: Volksabend. Ansprachen. Hierauf folgende Vorträge: 1. Gustav Simons-Berlin: „Volkswirtschaft und Volksgesundheit." 2. Dr. med. Winsch-Berlin: „Die Verständigung der Schulmedizin mit der Naturheilbewegung".

Mit diesem Kongreß ist auch gleichzeitig eine Ausstellung der einschlägigen Literatur verbunden. Wünsche und Anträge sind an das Sekretariat des Kongresses, Hamburg 1, Alsterdamm 2, zu richten.

Die am 4. und 5. d. Mts. in Nürnberg abgehaltene **41. Haupt-Versammlung des Deutschen Apothekervereins** nahm vor Eintritt in seine Tagesordnung zunächst eine Resolution an, in der er die Entrüstung des gesamten Apothekerstandes gegen die in Nr. 15 und 16 dieser Zeitschrift ver-

öffentlichten Ausführungen des Geh. Med.-Rats Dr. Springfeld Ausdruck gab, die durch den Vereinsvorsitzenden erfolgte scharfe Abwehr billigte und den Vorstand beauftragte, an zuständiger Stelle dieserhalb vorstellig zu werden. Die Resolution wurde einstimmig angenommen. Von den sonstigen Verhandlungsgegenständen interessiert zunächst die Erörterung über die Regelung des Apothekenwesens. Hier gelangte nach längerer Erörterung folgender, vom Vorstande vorgelegter Antrag gegen eine Stimme zur Annahme:

„Der Deutsche Apothekerverein erhebt wiederholt Widerspruch gegen den Verzicht des Reiches auf das ihm verfassungsmäßig zustehende Recht der gesetzlichen Regelung des Apothekenwesens und die Ueberlassung dieser Regelung an die Einzelstaaten, sowie gegen den Plan der preußischen Staatsregierung, die Personalkonzession mit Hilfe einer Ablösung der veräußerlichen Betriebsrechte durch eine Betriebsabgabe, ein staatliches Verkaufsrecht und eine staatliche Festsetzung der Verkaufspreise der Apotheken durchzuführen. Der Verein beharrt auch heute noch auf seinen 1907 in Eisenach gefaßten Beschluß."

Ebenfalls gegen eine Stimme wurde der Antrag der Kreise Mittel- und Unterfranken angenommen, „durch den der Vorstand beauftragt wurde, bei dem Bundesrate erneut vorstellig zu werden, um eine Erhöhung der Vorbildung und Verbesserung der Ausbildung der Apotheker zu erreichen."

Einstimmig wurde ferner ein Antrag angenommen, durch den der Vorstand in Anbetracht der im ganzen Deutschen Reiche herrschenden Teuerung, worunter der Apothekerstand, besonders die Besitzer kleiner Apotheken außerordentlich leiden, beauftragt wurde, erneut beim Bundesrate unter ausdrücklicher Begründung dahingehend vorstellig zu werden, daß die Arzneitaxe eine den heutigen Verhältnissen entsprechende Erhöhung erfahre."

Betreffs des Dispensierrechtes der Tierärzte wurde ein vom Kreise Oberschlesien gestellter Antrag:

„Es ist unbedingt erforderlich, daß die Tierärzte betr. des Kopierzwanges und der Innehaltung der Arzneitaxe denselben Bestimmuugen unterworfen werden, wie die selbstdispensierenden Aerzte. Die tierärztlichen Hausapotheken sind entsprechenden regelmäßigen Revisionen zu unterziehen",

einstimmig angenommen. Als Ort der nächsten Versammlung wurde Kiel gewählt.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten sind in der Zeit vom 13. bis 31. August 1912 erkrankt (gestorben) an: Rückfallfieber, Pest, Cholera, Gelbfieber, Fleckfieber, Pocken: — (—); Aussatz: — (—), 1 (—), — (—); Tollwut: 1 (1), — (—), — (—); Milzbrand: 4 (—), 10 (2), 1 (—); Rotz: — (—), — (—), 1 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 1 (—), 4 (—), — (—); Unterleibstyphus: 388 (26), 346 (32), 398 (32); Ruhr: 66 (6), 33 (2), 26 (4); Diphtherie: 988 (67), 1112 (65), 1260 (79); Scharlach: 1124 (47), 1149 (48), 1230 (51); Kindbettfieber: 72 (18), 79 (25), 88 (19); übertragbarer Genickstarre: 5 (1), 3 (2), 11 (1); Fleisch- usw. Vergiftung: 3 (—), 7 (—), 86 (—); spinaler Kinderlähmung: 17 (2), 8 (1), 9 (—); Körnerkankheit (erkrankt): 292, 210, 199; Tuberkulose (gestorben): 686, 623, 636.

Pest. In Hamburg sind auf einem aus Rosario (Argentinien) angekommenen Schiffe zwei Fälle von Pest festgestellt; es sind sofort die erforderlichen Maßregeln ergriffen, um eine Einschleppung der Seuche zu verhüten. In Aegygten sind vom 17.—30. August 8 Personen an Pest erkrankt und 5 gestorben, davon 4 (3), in Alexandrien, in Britisch Indien in den drei Wochen vom 14. Juli bis 3. August 330 (257), 417 (302) und 428 (327), in Hongkong vom 14.—27. Juli 46 (41).

Die **Cholera** ist in der Türkei (Kleinasien) noch immer verbreitet; in der Zeit vom 11.—21. August sind in 9 Ortschaften 45 Erkrankungen und 50 Todesfälle vorgekommen, davon in Damaskus 9 (10). Auch in Italien ist die Seuche wieder von neuem aufgetreten und zwar in Cagliari, wo vom 14. bis 28. August 15 Erkrankungen und 3 Todesfälle zur Anzeige gelangt sind

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 19. Ausgegeben am 5. Oktober 1912.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:
Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch
J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 19.

INHALT.

Auf die der heutigen Nummer der Zeitschrift beigefügte „Bestellkarte" betr. „General-Register zur Zeitschrift für Medizinalbeamte" und „Kalender für Medizinalbeamte" (s. Tagesnachrichten S. 752) machen wir noch besonders aufmerksam.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Charakter als Geheimer Medizinalrat: Professoren Dr. Hirsch in Göttingen und Dr. Matthes in Marburg, sowie dem Kreisarzt Med.-Rat Dr. Benthaus in Paderborn;; — als Sanitätsrat: den Aerzten Dr. Stauffer in Hellersen und Dr. Kirschstein in Pleschen; — das Prädikat als Professor: dem Privatdozenten Dr. Georg Axhausen in Berlin; — der Rote Adlerorden II. Klasse

mit Eichenlaub: dem Prof. Dr. Lichtheim und dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Stieda in Königsberg i. Pr.; — der Rote Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: dem Marine-Generalarzt Dr. Ruge in Kiel; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Kreisarzt Med.-Rat Dr. Lembke in Duisburg, dem Prof. Dr. Ostmann in Marburg, dem San.-Rat Dr. Brnuneck in Sulzbach (Landkr. Saarbrücken), den Marineoberstabsärten Dr. Otto Schmidt, Dr. Sohler, Dr. Hennig und Dr. Auer; — die Krone zum Roten Adlerorden IV. Kl.: dem Marineoberstabsarzt Dr. Knoke, leitendem Arzte des Werftkrankenhauses in Wilhelmshaven; der Kronenorden III. Kl.: dem San.-Rat Dr. Maurer in Saarbrücken.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung: des Päpstlichen Kreuzes „pro ecclesia et pontifice“: dem Stabs- und Garnisonarzt Dr. Herhaus in Wesel; des Ritterkreuzes des Königlich Belgischen Kronenordens: dem Prof. Dr. Jul. Strasburger in Berlin; des Königl. Bayerischen Militär-Verdienstordens IV. Klasse: dem Stabsarzt Dr. Hintze beim Kommando der Schutztruppe; der III. Klasse des Kaiserlich Russischen St. Annenordens: dem Marineoberstabsarzt Dr. Wiens in Wilhelmshaven; der III. Klasse des Venezolanischen Ordens der Büste Bolivars: dem Generaloberarzt a. D. Dr. Ziemann in Charlottenburg; des Ritterkreuzes I. Abt. des Großherzoglich Sächsischen Hausordens der Wachsamkeit und vom weißen Falken: dem Oberstabs- u. Reg.-Arrt Dr. Gritzka in Weimar; des Ritterkreuzes II. Abt. desselben Ordens: dem Stabsarzt Dr. Brockelmann in Weimar; des Kaiserlich Russischen St. Annenordens III. Klasse und des Offizierkreuzes des Kaiserl. Japaniscen Ordens des heiligen Schatzes: dem Marineoberstabsarzt Dr. Bilfinger.

Ernannt: Prof. Dr. Küster, Vorsteher des Badischen Untersuchungsamtes in Freiburg i. Br. zum Regierungsrat und Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamts; Kreisassistenzarzt Dr. Neubelt in Posen zum Kreisarzt des Kreises Jarotschin; Dr. Prang, Assistent am hygienischen Institut in Beuthen

(Ob.-Schl.) zum Kreisassistenzarzt in Ratibor; Kreisassistenzarzt Dr. Glaubitt in Prostken zum Kreisarzt des Kreises Waldbröl; Kreisassistenzarzt Dr. Hugo Müller in Bialla zum Kreisarzt des Kreises Adenau; Stabsarzt Dr. Mohr in Lötzen zum Kreisnssistenzarzt des Kreises Lyck mit dem Amtssitz in Frostken; der Arzt Dr. Hugo Müller in Posen zum Kreisessistenzarzt in Posen; Prof. Dr. A. Bielschowsky in Leipzig zum ordentl. Professor und Direktor der Augenklinik in Marburg.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Seiffert in Mühlhausen i. Th. in den Kreisarztbezirk Randow mit dem Amtssitz in Stettin unter gleichzeitiger Ueberwei-

Nachtrag zu den Personalien:

Königreich Bayern.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Deppich in Oberviechtach nach Cham.

Ernannt: Dr. Joseph Schmitt, Anstaltsarzt an der Gefangenenanstalt Laufen zum Bezirksarzt in Wertingen, die prakt. Aerzte Dr. Karl Bernhuber in Passau zum Bezirksarzt in Vilsbiburg, Dr. Carl Maß in Kehlheim zum Bezirksarzt in Wegscheid, Dr. Oskar Clessin in Glanmünchweiler zum Bezirksarzt in Germersheim, Dr. Wilh. Stappel zum Bezirksarzt in Obernburg, Dr. Paul Werner in Geisenfeld zum Bezirksarzt in Gerolzhofen.

In den Ruhestand getreten: Bezirksarzt Dr. Lutz in Mühldorf.

Gestorben: Dr. Held in Berolzheim.

Grossherzogtum Baden.

Gestorben: Dr. Gagg in Meßkirch, Dr. Netz in Karlsruhe.

Grossherzogtum Hessen.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Lindenborn in Mainz.

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Bezirksarztstelle in **Mühldorf.**

sung der Stelle des Vorstehers der dortigen Impfanstalt; der Kreisarzt Dr. Soehle in Waldbröl in gleicher Eigenschaft in den Stadt- u. Landkreis Mühlhausen i. Th.

In den Ruhestand getreten: Die Kreisärzte Geh. Med.-Rat Dr. Freyer, bisher Impfanstaltsvorsteher in Stettin, Med.-Räte Dr. Benthaus in Paderborn, Dr. Cohn in Jarotschin und Dr. Michels in Adenau.

Gestorben: San.-Rat Dr. Krah und Spezialarzt Dr. Warnecke in Hannover, Oberstabsarzt a. D. Dr. Weitz und San.-Rat Dr. Otto Langner in Berlin, Dr. Stanek in Breslau, Kreisarzt Med.-Rat Dr. Schlee in Neumark (Westpr.), San.-Rat Dr. Nahm in Frankfurt a. M., Dr. Kiepert aus Obernigk (Schl.) in Brunnen (Schweiz), Geh. San.-Rat Dr. Bahn in Luckau (Reg.-Bez. Frankfurt), San.-Rat Dr. Pütz in Düsseldorf, Dr. Benöhr in Altenessen, San.-Rat Dr. Jacoby in Friedrichshagen, Geh. San.-Rat Prof. Dr. Keimer in Düsseldorf, Dr. Krüger in Görlitz.

Königreich Bayern.

Die Erlaubnis erteilt zur Anlegung des Königl. Preuß. Roten Adlerordens IV. Klasse: den prakt. Aerzten Dr. S. Bruckmayer in München und Hofrat Dr. Frankenberger in Nürnberg.

Gestorben: Hofrat Dr. Müller aus Augsburg in Kolbermoor, Frauenarzt Dr. Carl Brandt in Würzburg.

Königreich Sachsen.

Auszeichnungn: Verliehen: Der Titel und Rang eines Geheimen Sanitätsrates: dem Seminar- u. Schularzt Dr. Battmann in Dresden-Plauen.

Gestorben: Dr. Dörfer in Werdau.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Ernannt: Privatdozent Dr. Brünings in Jena zum außerordentlichen Professor daselbst.

---

25. Jahrg. **Zeitschrift** 1912.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.
Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 19.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Oktbr.

Einige Bemerkungen zu der von den Herren DrDr. Hirschbruch und Levy in Nr. 12 der Zeitschrift für Medizinalbeamte, Jahrgang 1912, veröffentlichten Arbeit über die Zimmer-Desinfektion mit Autan und Perautan.

Von **P. Kaufmann,** Direktor der Deutschen Desinfektions-Zentrale, Berlin.

Einige Angaben der Herren Dr. Hirschbruch und Dr. Levy über ihre Arbeiten mit Autan und Perautan kann ich leider nicht unwidersprochen lassen, da sie bei genauer Betrachtung nicht aufrecht zu halten sind.

In ihrer Abhandlung wird u. a. wörtlich folgendes gesagt:

„Die wesentlichsten Vorteile der Desinfektion mit Autan und Perautan bestehen in dem Fortfall der Apparate und der damit verbundenen Vereinfachung des Verfahrens, sowie in dem Wegfall größerer Ausgaben für die Apparate und ihre Instandhaltung; ferner in dem bequemen Transport des Desinfektionsmittels, das sich nebst dem Ammoniakentwickler in einer einzigen, obendrein noch als Wassermaß dienenden Blechbüchse befindet; ferner in der Zeitersparnis gegenüber der Desinfektion mit Formalin, bei der die verschiedenen Quantitäten der Chemikalien und des Spiritus erst abgemessen und in den Apparat gefüllt werden müssen; weiterhin in dem angeblichen Ausschluß von Feuersgefahr, besonders bei der Desinfektion von kleinen Zimmern, Schränken usw. Durch Unabhängigkeit von Apparaten kann die Desinfektion von beliebig vielen Räumen nahezu gleichzeitig vorgenommen werden. Die Vorteile besonders für Desinfektion auf dem Lande, zu Epidemie- und in Kriegszeiten sind sehr einleuchtend. Ein gewisser, jedoch vielleicht nicht allzu hoch einzuschätzender Uebelstand ist der Preis der Autan- und Perautanbüchsen."

Diese hier als wesentlichste Vorteile bezeichneten Eigen-

schaften sind so unerheblich, daß sie gegenüber den Nachteilen des Autanverfahrens überhaupt nicht ins Gewicht fallen.

Auf die Preisfrage werde ich später zurückkommen.

Was den bequemeren Transport anbetrifft, so möchte ich bemerken, das ein solcher überhaupt nicht vorhanden ist. Ich stehe mit Herrn Kreisarzt Dr. Kirstein auf dem von ihm in dieser Zeitschrift ebenfalls bereits vertretenen Standpunkte, daß ein Desinfektor unbedingt eine vollkommene Ausrüstung besitzen muß, und sich nicht dadurch vom Publikum abhängig machen darf, daß er sich von diesem Werkzeuge usw. entleiht. Es wird nun vielfach so hingestellt, als ob der Desinfektor bei dem Autanverfahren nichts anderes als eine Büchse Autan unter den Arm zu nehmen braucht, um damit die vorschriftsmäßige Desinfektion durchzuführen. Bekanntlich gehört aber zur Durchführung einer vorschriftsmäßigen Desinfektion außer dem Desinfektionsapparate und den Desinfektionsmitteln, bezw. dem Autan noch eine ganze Reihe anderer Gegenstände, die meistens in einem eigens für diesen Zweck hergestellten Handwagen transportiert werden müssen, da sie zu umfangreich und zu schwer sind, um von dem Desinfektor in einem Tornister, Rucksack oder Koffer getragen werden zu können. Selbst wenn also der Desinfektor außer dem Autan nur die Ausrüstungsgegenstände brauchen sollte, müßte er sich trotzdem eines Handwagens bedienen, weil er sonst die unbedingt erforderlichen Ausrüstungsgegenstände nicht forttransportieren könnte.

Weiterhin braucht der Desinfektor bei der Autandesinfektion noch einen recht großen Behälter, der aus Holz bestehen soll, z. B. für die Desinfektion eines 100 cbm großen Raumes ein Gefäß von 100 Liter Inhalt; wo nimmt er dasselbe her? Das einzig Korrekte ist unbedingt, daß er dieses Gefäß selbst mitbringt; denn was will er machen, wenn er in dem Haushalte, in dem die Desinfektion vorzunehmen ist, ein derartiges Gefäß nicht findet, oder wenn ihm ein solches nicht geliehen wird? Einen Zwang kann er doch natürlich nicht ausüben. Der Desinfektor müßte dann von Haus zu Haus gehen, bis er ein geeignetes Gefäß auftreibt. Mir ist ein Fall bekannt, in dem eine größere Stadt ein apparateloses Verfahren anstelle der Apparateverfahren einführte, aber nach ca. einem halben Jahre wieder zu den Apparaten zurückkehrte, weil die Besorgung der großen Entwickelungsgefäße durchweg auf Schwierigkeiten gestoßen war und der Transport der Gefäße, die infolgedessen angeschafft werden mußten, viel umständlicher und schwieriger war, als der Transport der leichten Desinfektionsapparate. Es ist somit ohne weiteres einleuchtend, daß es für die Transportfähigkeit der Desinfektorenausrüstung ohne Belang ist, wenn auf dem Handwagen, den der Desinfektor zum Transport der Ausrüstung braucht, anstatt einiger Büchsen Autan und der notwendigen großen Mischgefäße ein Desinfektionsapparat mitgeführt wird.

Zur Illustration der „leichten Transportfähigkeit“ des Autans sei es mir gestattet, einige Zahlenangaben zu machen: Da nach den Angaben der Herren DrDr. Hirschbruch und Levy, die sich mit den Angaben der Autanfabrik decken, ein Desinfektor imstande sein soll, mit Autan beliebig viele Räume nahezu gleichzeitig zu desinfizieren, so müßte es also auch eine Kleinigeit für ihn sein, das für die Desinfektion von z. B. nur 5 Räumen von je 100 cbm notwendige Quantum Autan mühelos fortzuschaffen. Wenn er dieses Arbeitspensum mit Apparaten leisten will, so muß er ein Gewicht von 28 kg (Formalin- und Ammoniak-Apparat, Formalin, Ammoniak, Spiritus und die Flüssigkeitsbehälter) fortbewegen. Bei Autan handelt es sich aber um die Fortbewegung eines Gewichts von 29 kg (nur Autan; eine Büchse für 100 cbm wiegt 5,8 kg). Mit der leichten Transportfähigkeit des Autans ist es also sehr schlecht bestellt.

Was die Zeitersparnis durch den Wegfall des Abmessens der verschiedenen Flüssigkeiten betrifft, so treten an dessen Stelle das Oeffnen und Entleeren der Büchsen, das Verrühren der beiden Pulver, das Abmessen und Zufüllen des Wassers und das abermalige Verrühren. Nach meinen Erfahrungen dauert diese Prozedur länger wie das Füllen und Inbetriebsetzen der Apparate.

Von der Feuersgefahr, die bei den Apparateverfahren bestehen soll, wird immer und immer wieder, meiner Meinung nach aber ohne Berechtigung, gesprochen. Mir ist wenigstens noch kein Fall bekannt geworden, in dem ein Brand durch einen Formalin-Apparat entstanden ist. Angesichts der Millionen von Raumdesinfektionen, die mit Apparaten ausgeführt worden sind, ist also der Vorwurf der Feuersgefahr für die Apparateverfahren durch die Praxis selbst widerlegt worden.

Wieso mit Autan beliebig viele Räume von einem Desinfektor nahezu gleichzeitig desinfiziert werden können, ist mir nicht einleuchtend. Müssen einmal an einem Tage zwei oder drei Desinfektionen ausgeführt werden, so ist das mit einem Apparate sehr wohl möglich. Mehr Desinfektionen an einem Tage durchzuführen, ist der Desinfektor auch mit Autan nicht imstande; es sei denn, daß er die Zimmer nicht vorschriftsmäßig für die Desinfektion vorrichtet.

Als einziger Nachteil des Autan-Verfahrens wird der Preis erwähnt, und dieser Nachteil wird als „vielleicht nicht allzu hoch einzuschätzender Uebelstand“ bezeichnet. Ich bin hier nun gerade der entgegengesetzten Ansicht. Vielleicht würden die Herren DrDr. Hirschbruch und Levy der Preisfrage ebenfalls mehr Gewicht beilegen, wenn sie die Kosten, die durch das Autan-Verfahren und durch die Apparateverfahren verursacht werden, richtig berechnet hätten. Die Herren sagen, daß für die Desinfektion eines 100 cbm großen Raumes bei dem Autan-Verfahren 7,90 M. angelegt werden müssen und bei dem Breslauer Verfahren (doppelte Menge) 3,08 M. Selbst bei

Zugrundelegung der jetzt gültigen Detailpreise für Formaldehyd, Ammoniak und Brennspiritus ist die letzte Angabe unrichtig. Nach der Maßtafel für das Breslauer Verfahren sind, um das gesetzlich vorgeschriebene Quantum von 5 g Formaldehyd pro cbm Raum zu entwickeln, bei einem Raum von 100 cbm folgende Quantitäten zu verwenden: 1½ Liter Formaldehyd, 1,2 Liter Ammoniak, 1,08 Liter Spiritus. Die Kosten hierfür betragen 1,81 M.; sie sind also von den Herren DrDr. Hirschbruch und Levy um 1,27 M. zu hoch gegriffen.

Die Kosten für das Autan-Verfahren sind dagegen um die Hälfte der tatsächlich entstehenden Kosten zu niedrig gegriffen; denn es ist bekannt und wird von der Autan-Fabrik auch zugegeben, daß bei Anwendung der von der Fabrik vorgeschriebenen Menge Autan nur ca. 2,5 g Formaldehyd pro cbm Luftraum entwickelt werden. Dieses Quantum ist zu gering und entspricht nicht der von dem Bundesrate am 21. März 1907 erlassenen Desinfektionsanweisung, in der unter Ziff. 21 Abs. 2 folgendes gesagt ist:

„Für je 1 cbm Luftraum müssen mindestens 5 g Formaldehyd oder 15 ccm Formaldehydlösung (Formaldehydum solutum) und gleichzeitig etwa 30 ccm Wasser verdampft werden.“

Um dieser reichsgesetzlichen Bestimmung zu genügen, muß mindestens das doppelte Quantum Autan verwendet werden, wie die Fabrik vorschreibt, also für einen Raum von 100 cbm sind für 15,80 M. Autan zu verwenden (darauf, daß dadurch die Frage der Entwickelungsgefäße noch mehr kompliziert wird, sei nur nebenbei hingewiesen). Auch die Herren DrDr. Hirschbruch und Levy haben ja selbst, ebenso wie viele andere Autoren gefunden, daß Autan in der doppelten Menge wie von der Fabrik vorgeschrieben, angewendet werden muß, wenn die gleiche Wirkung wie mit den Apparateverfahren erzielt werden soll.

Mit der nachstehenden Tabelle (s. S. 718 u. 719) möchte ich nun die Preisfrage einmal gründlich klären. Ich bringe in dieser eine Gegenüberstellung der in gewissenhaftester Weise berechneten Kosten, die

1. durch das Verfahren mit dem Apparat nach Lingner,
2. „ „ „ „ „ „ „ Flügge,
3. „ „ Autanverfahren

verursacht werden. Ich habe bei den Berechnungen zugrunde gelegt, daß in jedem Falle wöchentlich eine Desinfektion eines ca. 60 cbm großen Raumes (durchschnittliche Größe eines Schlafzimmers) vorgenommen wird, im Jahre also 52 Desinfektionen. Den Vergleich führe ich über einen Zeitraum von 10 Jahren durch. Bei den Apparaten habe ich in den ersten 5 Jahren je 20% der Anschaffungskosten für Abschreibung eingesetzt, so daß diese also nach dem 5. Jahre abgeschrieben sind. In der Praxis wird ein derartiger Apparat aber 10 Jahre und länger angewendet. Außerdem habe ich für die Apparate

im 1. Jahre 5 % der Anschaffungskosten,
„ 2. „ 6 % „ „
„ 3. „ 7 % „ „

und so fort, bis zu 14 % im zehnten Jahre für Reparaturen eingesetzt. Ich habe hier also sehr ungünstige Verhältnisse angenommen.

Bei dem Autanverfahren habe ich einmal die Kosten berechnet, die entstehen, wenn die von der Fabrik gegebenen Vorschriften befolgt werden, dann die Kosten, die entstehen, wenn das Autanverfahren nach den bestehenden reichsgesetzlichen Bestimmungen durchgeführt wird.

Aus nachstehender Tabelle ist also ersichtlich, daß bei wöchentlich einer Desinfektion eines 60 cbm großen Raumes folgende Kosten entstehen:

	bei dem Lingnerschen Verfahren	bei dem Flüggeschen Verfahren	bei dem Autanverfahren
	inkl. Anschaffung der Apparate, Abschreibung und Reparaturen		
nach 1 Jahre	M. 155,23	M. 151,77	M. 525,20
nach 5 Jahren	M. 462,19	M. 499,49	M. 2626,—
nach 10 Jahren	M. 783,50	M. 882,60	M. 5252,—

Es erübrigt sich wohl, diesen Zahlen noch einen weiteren Kommentar hinzuzufügen. Es kann aber an Hand obiger Tabelle leicht berechnet werden, wie enorm sich das Verhältnis zu Ungunsten des Autanverfahrens noch mehr verschiebt, wenn durchschnittlich zwei oder noch mehr Desinfektionen wöchentlich durchgeführt werden müssen.

Ich möchte hier noch einmal auf die oben erwähnten 5 Desinfektionen von je 100 cbm großen Räumen zurückkommen. Habe ich vorhin angegeben, welche Gewichte fortzubewegen sind, um dieses Arbeitspensum leisten zu können, so möchte ich nachstehend die Kosten gegenüberstellen, die hierfür bei Anwendung des Autan und des Breslauer Verfahrens auflaufen:

I. Autanverfahren 5 × M. 15,80 . . . = M. 79,—
II. Breslauer Verfahren:
Apparat Flügge . . . . M. 50,—
Ammoniak-Vergaser . . „ 16,50
Chemikalien 5 × M. 1,81 „ 9,05 = M. 75,05

Bei Anwendung des Autanverfahrens sind also für diese 5 Desinfektionen die Kosten für das Autan 3,5 Mark höher, als bei Anwendung des Breslauer Verfahrens die Summe der Anschaffungskosten für Desinfektionsapparat, Ammoniak-Vergaser und Chemikalien. Die nächsten 5 Desinfektionen würden bei dem Autanverfahren wiederum M. 79 kosten, bei dem Breslauer Verfahren aber nur M. 9,05.

Es sei mir noch erlaubt, darauf aufmerksam zu machen,

Vergleichende

über die durch das Lingnersche, das Flüggesche und das Autan-
gelegt, daß im Jahre nur 52 Desinfektionen (wöchentlich nur eine Desinfektion)
stattfinden. Die Anschaffungskosten, Abschreibung und Reparaturkosten für
Autan sind die am 1. Juli 1912

Zeit	Art der Kosten	Apparat nach Lingner 5 gr 4 Stunden Kosten in jedem einzelnen Jahr		Kosten vom ersten Jahre an
1. Jahr	Anschaffung von Apparaten . .	80,50		
„	„ „ Chemikalien . .	54,60		
„	20 % Abschreibung	16,10		
„	5 % Reparaturen	4,03		
„	Gesamtkosten im 1. Jahre . .		155,23	155,23
2. Jahr	Anschaffung von Chemikalien . .	54,60		
„	20 % Abschreibung	16,10		
„	6 % Reparaturen	4,83		
„	Gesamtkosten im 2. Jahre . .		75,53	
„	„ „ 1.—2. Jahre.			230,76
3. Jahr	Anschaffung von Chemikalien . .	54,60		
„	20 % Abschreibung	16,10		
„	7 % Reparaturen	5,64		
„	Gesamtkosten im 3. Jahre . .		76,34	
„	„ „ 1.—3. Jahre			307,10
4. Jahr	Anschaffung von Chemikalien . .	54,60		
„	20 % Abschreibung	16,10		
„	8 % Reparaturen	6,44		
„	Gesamtkosten im 4. Jahre . .		77,14	
„	„ „ 1.—4. Jahre			384,24
5. Jahr	Anschaffung von Chemikalien . .	54,60		
„	20 % Abschreibung	16,10		
„	9 % Reparaturen	7,25		
„	Gesamtkosten im 5. Jahre . .		77,95	
„	„ „ 1.—5. Jahre			462,19
6. Jahr	Anschaffung von Chemikalien . .	54,60		
„	10 % Reparatnren	8,05		
„	Gesamtkosten im 6. Jahre . .		62,65	
„	„ „ 1.—6. Jahre			524,84
7. Jahr	Anschaffung von Chemikalien . .	54,60		
„	11 % Reparaturen	8,86		
„	Gesamtkosten im 7. Jahre . .		63,46	
„	„ „ 1.—7. Jahre			588,30
8. Jahr	Anschaffung von Chemikalien . .	54,60		
„	12 % Reparaturen	9,66		
„	Gesamtkosten im 8. Jahre . .		64,26	
„	„ „ 1.—8. Jahre			652,56
9. Jahr	Anschaffung von Chemikalien . .	54,60		
„	13 % Reparaturen	10,47		
„	Gesamtkosten im 9. Jahre . .		65,07	
„	„ „ 1.—9. Jahre			717,63
10. Jahr	Anschaffung von Chemikalien . .	54,60		
„	14 % Reparaturen	11,27		
„	Gesamtkosten im 10. Jahre .		65,87	
„	„ „ 1.—10. Jahre			783,50

Tabelle

Desinfektions-Verfahren verursachten **Kosten.** Den Berechnungen ist zugrunde von durchschnittlich 60 cbm großen Zimmern (normale Schlafzimmergröße) die Apparate sind berücksichtigt. Für Formaldehyd, Ammoniak, Spiritus und gültigen Preise zugrunde gelegt.

Apparat nach Flügge			Autan					
Menge des entwickelten Formaldehydes pro cbm								
5 gr			2,5 gr			5 gr		
Desinfektionsdauer								
4 Stunden			7 Stunden			4 Stunden		
Kosten in jedem einzelnen Jahr		Kosten vom ersten Jahre an	Kosten in jedem einzelnen Jahr		Kosten vom ersten Jahre an	Kosten in jedem einzelnen Jahr		Kosten vom ersten Jahre an
66,50 68,64 13,30 3,33	151,77	151,77	262,60	262,60	262,60	525,20	525,20	525,20
68,64 13,30 3,99	85,93	237,70	262,60	262,60	525,20	525,20	525,20	1050,40
68,64 13,30 4,66	86,60	324,30	262,60	262,60	787,80	525,20	525,20	1575,60
68,64 13,30 5,32	87,26	411,56	262,60	262,60	1050,40	525,20	525,20	2100,80
68,64 13,30 5,99	87,93	499,49	262,60	262,60	1313,00	525,20	525,20	2626,00
68,64 6,65	75,29	574,78	262,60	262,60	1575,60	525,20	525,20	3151,20
68,64 7,32	75,96	650,74	262,60	262,60	1838,20	525,20	525,20	3676,40
68,64 7,98	76,82	727,36	262,60	262,60	2100,80	525,20	525,20	4201,60
68,64 8,65	77,29	804,65	262,60	262,60	2363,40	525,20	525,20	4726,80
68,64 9,31	77,95	882,60	262,60	262,60	2626,00	525,20	525,20	5252,50

daß das Autan bei längerer Aufbewahrung dem Verderben ausgesetzt ist. Ich selbst habe diese Beobachtung mehrfach mit Büchsen, die ich an trockenen und feuchten Plätzen aufbewahrt habe, gemacht. Nach einiger Zeit bilden, auch wenn die Büchsen an ganz trockenen Orten aufbewahrt werden, die in den Papierdüten befindlichen Pulver steinharte Klumpen, die natürlich für die Entwicklung von Formaldehyd nicht mehr in Frage kommen.

Endlich sei noch darauf hingewiesen, daß bei dem Autanverfahren Wasser von bestimmter Temperatur zugeschüttet werden muß. In der Praxis hat das natürlich seine großen Schwierigkeiten; entweder muß sich der Desinfektor das Wasser über einer Spiritusflamme selbst erhitzen, oder er ist wieder von dem Publikum abhängig. In der Praxis wird aber überhaupt mit einer derartigen Gewissenhaftigkeit des Desinfektors nicht gerechnet werden dürfen, sondern dieser wird einfach das kalte Wasser, wie er es der Leitung oder dem Brunnen entnimmt, zuschütten und dadurch den ganzen Desinfektionseffekt in Frage stellen. Meines Erachtens darf aber die Wirksamkeit eines Desinfektionsverfahrens nicht von derartigen Nebensächlichkeiten abhängig sein.

Ich hoffe, die Herren DrDr. Hirschbruch und Levy werden es mir nicht verübeln, daß in der vorstehend behandelten Frage einmal ein Praktiker das Wort ergriffen hat. Ich habe dem Autan eine durchaus gerechte Beurteilung zuteil werden lassen und weise darauf hin, daß ich in meiner ablehnenden Haltung gegenüber dem Autan mit allen mir bekannten wissenschaftlichen Autoritäten und Praktikern übereinstimme.

Bezeichnend ist z. B., daß in dem in diesem Jahre bei Gustav Fischer, Jena erschienenen Leitfaden für Desinfektoren von Dr. Hilgermann das Autan gänzlich ignoriert wird, und von den apparatelosen Verfahren nur des Formalin-Permanganat-Verfahrens gedacht ist.

Vorschlag zur Umgestaltung der preussischen Apotheken.

Von Apotheker und Privatdozent Dr. E. Laves in Hannover.

In dem Aufsatze von Geheimrat Dr. Springfeld: „Die Reichsversicherung und ihre Einwirkung auf das Apothekergewerbe“ sind zum ersten Male verwaltungstechnische Grundlagen angegeben, auf welcher Basis Neuanlagen von Apotheken in genügender Anzahl konzessioniert werden können, ohne die Existenz bestehender Apotheken zu gefährden. Es sind darin Vorschläge gemacht, wie durch Neuanlagen von Apotheken dem weiteren Emporschnellen der Apothekenpreise entgegengewirkt werden könne. Springfeld weist darauf hin, daß durch die neue Reichsversicherung die Apothekenwerte stark beeinflußt werden. Es ist deshalb die höchste Zeit, daß die Werte durch Ablösung der Apotheken der Spekulation entzogen werden; die Regierung darf nicht müßig weiter zusehen

und die Schwierigkeit der Ablösung noch weiter anwachsen lassen.

Des weiteren behandelt Springfeld die Frage, welches System künftig für die preußischen Apotheken das geeignetste sei, und kommt zu dem Ergebnis, daß die Apotheken am besten von den Provinzen bezw. Kommunen aufgekauft werden.

Sp. schätzt die ideellen Werte der 2700 Apotheken auf 400 Millionen, eine Summe, welche meiner Ansicht nach um 100 Millionen zu hoch gegriffen ist; wenigstens sind die meisten Schätzungen solcher Autoren, die Ablösungsvorschläge gemacht haben, erheblich geringer. Medizinalrat Dr. Hartmann hat sie vor ca. 20 Jahren auf 180 Millionen geschätzt; ich selbst in einem ungedruckten Entwurf, den ich vor 7 Jahren als Mitglied des Apothekerrats auf Veranlassung des Herrn Althoff dem Ministerium eingereicht habe, auf 200 Millionen (vielleicht etwas zu niedrig).

Die Schwierigkeit, den Betrag von 300 Millionen abzulösen zwecks Einführung der Personalkonzession oder Niederlassungsfreiheit, erscheint ohne erhebliche Opfer des Staates unmöglich; die Auflage hoher Betriebsabgaben zu diesem Zwecke müßte eine derartige Erhöhung der Taxe herbeiführen, daß das arzneibedürftige Publikum schwer darunter leiden würde.

Bedeutend erleichtert würde die Ablösung, wenn, wie ich in meinem oben erwähnten Entwurfe vorgeschlagen habe, nur ein Teil der ideellen Werte abgelöst wird, und sämtliche Apotheken-Konzessionen vererbliche und unverkäufliche Objekte werden. Falls die Vererbung auf Kinder oder Schwiegersöhne nicht stattfindet, fällt die Apotheke an den Staat und wird die ideelle Belastung der Apotheke von dem Geschäftsnachfolger den Erben ausgezahlt.

Setzen wir den Fall, daß, um dieses Ziel zu erreichen, die Hälfte der ideellen Werte abgelöst werden muß, also 150 Millionen. Hiervon würden 20 Millionen erzielt werden durch Umwandlung der Personal-Konzessionen in vererbliche Konzessionen; weitere 40 Millionen von den Personal-Konzessionen, die im Verlauf der nächsten 30 Jahre eine Neu-Konzession erhalten, demnach:

1. 60 Millionen in summa.
2. 90 Millionen müßten aufgebracht werden durch Einführung von Gebühren für pharmazeutische Spezialitäten und Nährmittel (d. h. jede derartige Ware, die in einer dem Hersteller oder Zwischenhändler oder einer daran interessierten juristischen Person geschützten Form in Handel gebracht wird und eine andere Bezeichnung als die Warenbezeichnung trägt).

Diese Abgabe würde am besten in Form von Stempelmarken erfolgen, die bei der Verwertung von seiten der Detaillisten auf jede Packung geklebt werden müßten, sowohl auf die fabrikmäßig, wie auch im eigenen Betriebe hergestellten Spezialitäten.

Spezialitäten sind dann stempelpflichtig). Diese Abgaben müßten den letzten Hypothekengläubigern in bestimmten Intervallen ausbezahlt werden je nach Eingang.

Wünschenswert wäre es, wenn bei dieser Gelegenheit zugleich eine amtliche Prüfungsstelle für Spezialitäten und fabrikmäßig hergestellte Arzneiwaren eingerichtet würde.

Vermittelst dieser neuen Einnahmequellen könnten innerhalb von 30 Jahren die Hälfte der Konzessionswerte abgetragen und das erneute Anwachsen der Werte unmöglich gemacht werden. Die auf der Apotheke bleibende andere Hälfte müßte belastungsfähig sein und von der Regierung garantiert werden. Die Abgaben müßten nach Ablauf der Ablösung für soziale Zwecke Verwendung finden.

Die Apotheken würden durch diese Maßnahme jeder Spekulation entzogen; es würde durch den Schutz wieder das erreicht, was unter der kapitalistischen Richtung in das Gegenteil verwandelt worden ist: „die Lieferung nur bester Arzneiware“. Die Apotheker selbst würden wieder ihren Stolz darin sehen, daß die Apotheke in der Familie bleibt; sie würden hierdurch wieder die beste Stütze und Spitze des Mittelstandes werden, wie es in früheren Jahrhunderten war, im Dienste des Gemeinwohles. Auch die analytische Tätigkeit, in der die Apotheker als Mitarbeiter des Arztes von großem Nutzen sein können, würde sicherlich von ihnen wieder in erhöhtem Maße ausgeübt werden.

Die Zukunftspläne Springfelds, daß die Apotheken am besten in den Besitz der Provinzen bezw. Städte übergehen, erscheint mir schwer ausführbar und auch nicht wünschenswert. „Der Appetit kommt beim Essen!“ Nach diesem Grundsatze würden manche Städte eine recht hohe Verzinsung des Anlagekapitals erstreben, selbst auf die Gefahr hin, das arzneibedürftige Publikum zu belasten (ein derartiges Verfahren sehen wir ja leider bei manchen städtischen Schlachthäusern, Gasanstalten, Gasverträgen etc.).

Sodann müßte sich der Staat eines Rechtes begeben, welches er vielleicht später mit großen Opfern wieder einlösen müßte. Die staatliche Beaufsichtigung der Apotheken würde, wenn andere Behörden als Besitzer dadurch tangiert würden, erheblich erschwert werden. Der Nachwuchs der Apotheker würde an Qualität weit hinter dem Nachwuchs zurückstehen, der die vererblichen Apotheken anlockt und heranzieht.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Psychiatrie.

Die Begutachtung des Geisteszustandes vor Gericht. Von Landgerichtsarzt Dr. Miller in Hof. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 29.

Neben einer Aufführung allgemeiner Gesichtspunkte zur Anleitung in der Prüfung und Begutachtung von Gemütszuständen hat die vorliegende, reichliche Anregung und Belehrung bietende Arbeit vornehmlich die Einführung in die neueren Forschungsresultate der experimentellen Physiologie,

sowie in die Psychologie des Gemüts und seiner Elementarteile, der Gefühle sich zum Zielpunkt gesetzt. Da es unmöglich erscheint, im Rahmen eines Referats den überaus reichen Inhalt den Ausführungen des Verfassers auch nur in allgemeinen Umrissen zu skizzieren, sei hiermit auf das Original verwiesen. Dr. Waibel-Kempten.

Ein Fall hartnäckiger Simulation von Geisteskrankheit. Von Oberarzt Dr. Gerhard Schäfer in Hamburg-Langenhorn. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 47, H. 3 und 4.

Der Fall ist besonders durch die Hartnäckigkeit interessant, mit der ca. 9 Monate hindurch Geisteskrankheit simuliert wurde, trotzdem erhebliche psychische Abnormitäten, die Simulation und Geisteskrankheit annehmen ließen, nicht vorhanden waren. Die Simulation wurde grob und ungeschickt durchgeführt; sie hörte erst dann auf, als der Angeklagte sich keinen Vorteil mehr davon versprach.

Reine Simulation, wie es Verfasser annimmt, dürfte diesem Fall nicht vorgelegen haben, dafür sprechen auch die psychischen Phänomen während der mehrjährigen Gefängnishaft. Eine tief grabende Analyse ist nach dem Bericht anscheinend nicht ausgeführt. Dr. v. Mach-Bromberg.

Erinnerungstäuschung durch Kopfverletzung. Don Dr. W. Schütze, Amtsrichter. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 47, H. 1 und 2.

Am 7. August 1911, vormittags ca. 10 Uhr erlitt Prinz Heinrich von Preußen, als er einem entgegenkommenden Automobil ausweichen wollte, durch Versagen der Steuerung einen Automobilunfall in der Nähe des Städtchens Cloppenburg. Der Wagen fuhr gegen einen Baum. Die Begleiter des Prinzen, der selbst gefahren hatte, wurden aus dem Wagen herausgeschleudert; der Prinz behielt seinen Sitz im Wagen, war aber für eine Weile betäubt; der Chauffeur lag mit einer Schädelverletzung neben dem Wagen; Kapitän v. Usedom saß schwer betäubt mit einem Armbruch auf der anderen Seite des Grabens, etwa 6 m entfernt. Bei allen drei verletzten Personen traten Erinnerungslücken und Erinnerungstäuschungen auf, die beim Prinzen sich nur auf ganz kurze Zeit, wenige Minuten, erstreckten. Umfangreicher war die Erinnerungslücke bei Herrn v. U.; sie umfaßte einen Zeitraum, der bereits einige Minuten vor dem Unfall begann und bis in die Nachmittagsstunden mit Ausnahme einiger lichter Momente dauerte. Am ausgesprochendsten waren die Erscheinungen bei dem schwer verletzten Chauffeur; hier umfaßte der Erinnerungsausfall einen Zeitraum von 14 Tagen und begann bereits ca. 3 Stunden vor dem Unfall. Während der ersten Tage bestand vollständige Benommenheit, dann eine traumhafte Bewußtseinstäubung mit sehr starker Störung der Merkfähigkeit. Auch später, nach voller Genesung, bestanden bei ihm über die Fahrt und die darauf folgende Zeit sehr starke Erinnerungstäuschungen.

Dr. v. Mach-Bromberg.

Kriminalogische und sexologische Studien. Von Med.-Rat Prof. Dr. Näcke in Hubertusburg. Archiv für Anthropologie u. Kriminalistik; Bd. 47, H. 3 und 4.

1. Zum Kapitel der Transvestiten nebst Bemerkungen zur weiblichen Homosexualität. Die Transvestiten (Verkleidungssüchtige) können homosexuell, heterosexuell und auch asexuell sein; der heterosexuelle Typ scheint am meisten vorzukommen. Der Trieb kann permanent, temporär oder intermittierend auftreten. Verfasser ist im Gegensatz zu Hirschfeld nicht der Meinung, daß diese Sucht nach Verkleidung ein sexuelles Aequivalent darstellt oder sonst mit Sexualität zusammenhängt, da durch die Verkleidung gewöhnlich nicht sexuelle Empfindungen ausgelöst werden; er stützt sich dabei auf die Bemerkungen von Numa Praetorius in seinem Referat über das Buch Hirschfelds: „Die Transvestiten", worin er sagt: Der Verkleidungstrieb sei keine eigentliche sexuelle Anomalie, da er keine geschlechtliche Befriedigung gewähre. Verfasser hält den Transvestismus für eine eigentümliche angeborene Abartung des Fühlens, die nach der kleidlichen Aeußerung drängt und entschieden zur Stütze der bisexuellen Veranlagung des Menschen herangezogen werden kann. Es handelt sich also um eine psychische Zwischenstufe, nicht um eine Krankheit.

Verfasser gibt dann in extenso ein ärztliches Gutachten von Dr. Magnus Hirschfeld und Iwan Bloch wieder, auf Grund dessen dem Kaufmann Joseph M. vom Berliner Polizei-Präsidium am 27. September 1911 die Erlaubnis zum Tragen von Frauenkleidern gegeben wurde. Hieran knüpft er noch einige Bemerkungen über weibliche Homosexuelle an, die er durch Dr. H. kennen gelernt hat.

2. Die Grenzen der sexuellen Aufklärung. Die sexuelle Aufklärung der Jugend ist notwendig; sie erfolgt am besten durch die Eltern. In der Schule soll man hiermit nicht erst bis zum Abgang der Primaner warten, die meistens bereits orientiert sind — und nicht nur theoretisch —, sondern kläre bereits die abgehenden Schüler in den mittleren Klassen auf. Die Aufklärung soll sich nur auf den normalen Geschlechtsverkehr erstrecken, nicht auf dessen Abirrungen, von denen allerdings jeder erwachsene Gebildete auch das Nötigste wissen muß. Eine systematische Belehrung des Volkes, der Ungebildeten ist unnötig, ja gefährlich. Vor allem sollte die Presse in diesen Dingen zurückhaltender sein.

3. Ueber Privatrache (Volksjustiz) beim Ehebruch, speziell die Rhaphanidosis. Jedes Verbrechen wurde zunächst vom Einzelnen, Geschädigten persönlich gerächt, bis mit der festeren Fügung des Staates dieser die Strafe selbst in die Hand nahm. Die Bestrafung des Ehebruchs hängt einmal mit der Idee des bloßen Besitzes — die Frau galt als Eigentum des Mannes — dann mit der Idee von der Heiligkeit der Ehe eng zusammen. Hier wurde noch recht lange die Selbsthilfe gestattet resp. geduldet, namentlich wenn das Paar in flagranti ertappt wurde. Meistens wurde eine Geldbuße verlangt; konnte der Schuldige diese nicht leisten, so wurde er vielfach an dem Gliede bestraft, das gesündigt hat, also am Geschlechtsteil oder in dessen Umgebung. Der Ehebrecher wurde pädiziert, was für schmachvoll galt im Gegensatz zu der durchaus nicht ehrenrührigen aktiven Paedicatio. Wenn dies nicht genügte, so trat an seine Stelle die rohe und sehr schmerzhafte Rhaphanidosis (Verrettichung), d. h. die Eintreibung eines Rettiches in den After. Aehnliche Prozeduren wurden an den Frauen ausgeführt. Das Entmannen, das bei verschiedenen Völkern zu verschiedenen Zeiten vorgenommen wurde, scheinen, weil eine zu harte Strafe, die Alten nicht angewendet zu haben.

Dr. v. Mach-Bromberg.

Tierquälerei und Aberglaube. Von Dr. med. A. Fuchs in Kaufbeuren, Schwaben. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 47, H. 1 und 2.

In der bretonischen Bevölkerung herrscht der Aberglaube, daß im Januar sich jeder katholische Geistliche in ein Tier verwandeln könne. Drei betrunkene Burschen, die ihrem Pfarrer wegen seiner Rügen gram waren, prügelten einen Esel zu Tode, weil sie ihn für ihren Pfarrer hielten.

Dr. v. Mach-Bromberg.

Religiöser Wahnsinn oder Betrug? Von Dr. Julius Wallner, k. k. Auskultant in Villach, Kärnten. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 47, H. 1 und 2.

Verfasser schildert eingehend die betrügerischen, durch Beifügung einer sexuellen Note charakterisierten Manipulationen einer hysterisch veranlagten und religiös überspannten Schwärmerin. In einem Gutachten wurde krankhafte Störung der Geistestätigkeit mit Ausschluß der Verantwortlichkeit angenommen, in einem zweiten Gutachten die Möglichkeit zugegeben, daß autosuggestive Wachträume bei Ausklügelung und Ausführung der betrügerischen Handlungen eine bedeutsame, die Verantwortlichkeit einschränkende Rolle gespielt haben. Das eingeleitete Gerichtsverfahren wurde eingestellt.

Der Fall bietet psychologisch und forensisch großes Interesse.

Dr. v. Mach-Bromberg.

Ein Fall, der zu denken gibt. Von Staatsanwalt Dr. Feisenberger-Magdeburg. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 47, H. 1 und 2.

Eine Dame kauft in Begleitung ihrer Schwester für ihren Vater einen Stock und läßt ihn nach ihrer Wohnung schicken. Dort angekommen, nach 1½ Stunden, bemerkt sie, daß sie an ihrem linken Arm einen anderen, etwas

billigeren Stock hängen hat, den sie versuchsweise über den Arm gehängt und versehentlich mitgenommen hat. Der Stock wurde sofort zurückgebracht, bevor der Verlust bemerkt worden war. Der Fall ist kriminalistisch sehr interessant und hätte unter Umständen zu einer Verurteilung wegen Diebstahls führen können. Dr. v. Mach-Bromberg.

Die Strafe als Arzt. Von Staatsanwalt Dr. Bergio in Insterburg. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 47, H. 3 und 4.

Verfasser schildert einen Kriminalfall, in dem eine Mutter ihr vor der Ehe geborenes Kind in bestialischer Weise behandelt und durch ihre Mißhandlungen und Quälereien den Tod des Kindes verursacht hat. Der Fall bietet psychologisch nach 2 Richtungen hin Interesse. Einmal zeigt er, wie sich aus nicht erkennbaren Gründen Mutterliebe in Bestialität verwandeln kann und zweitens, daß eine aus Furcht vor Todesstrafe im Entstehen begriffene Psychose durch Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe wieder zum Abklingen gebracht worden ist.

Aus der Schilderung geht nicht hervor, daß das Gefühl der Mutterliebe überhaupt in nennenswerter Weise bei der sicherlich psychopathischen Person entwickelt gewesen ist. Die Anfänge der Psychose dürften vor dem Gefängnisaufenthalt liegen und in einer psychopathischen Charakteranlage wurzeln.

Dr. v. Mach-Bromberg.

Zur Psychologie der Strafanzeige. Von Staatsanwalt Dr. Haldy-Altona. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 47, H. 3 und 4.

Ein Pfarrer erzählte mit großer Sicherheit mehreren Herren, daß vor 14 Tagen im Zuge in seiner Gegenwart Päderastie getrieben worden sei. Als der Sache gerichtlich nachgegangen wurde, stellten sich die Angaben als falsch heraus. Wahrscheinlich stand der Pfarrer — er hatte vorher 6—8 Glas Bier getrunken, auch mehrere Broschüren darüber gelesen — unter dem Einfluß einer gewissen unbewußten Pseudologia phantastica, eines gefährlichen Amour du merveilleux.

Die große forensische Bedeutung dieser kleinen Abhandlung liegt in der Tatsache der Irreführung durch die bestimmten und doch unrichtigen Aussagen eines gebildeten Mannes. Dr. v. Mach-Bromberg.

B. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Epilepsie nach Unfall durch elektrischen Strom. Von Dr. Ph. Jolly, Assistent der Universitäts-Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten in Halle. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 26.

Verfasser hatte einen Unfall zu begutachten, bei dem es sich um einen bis dahin gesunden, nicht belasteten 21jährigen Führer eines Trambahnwagens handelte, der mit beiden Händen das durch das Herabfallen des Leitungsdrahtes in den Strom von 450—500 Volt Wechselstrom eingeschaltete Dach des Wagens berührte, zunächst nicht los konnte und dann auf den Boden fiel; er war dabei bewußtlos. Außer Brandwunden an den Händen, Schmerzen im Leib bestanden zunächst keine Folgen des Unfalles. Nach 14 Tagen hatte er zuerst einen epileptischen Anfall. Außerdem stellten sich Reizbarkeit und Aengstlichkeit, sowie Abnahme des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit ein. Irgend welche Zeichen einer lokalen Veränderung im Gehirn fehlten.

Neben Mitteilung der ausführlichen Krankengeschichte fügt Verfasser noch einige epikritische Bemerkungen bei. Die Epilepsie als Folge eines elektrischen Unfalles ist bisher nur selten beobachtet worden. Daß die durch den Unfall gesetzte Schädigung des Nervensystems, die Epilepsie, erst nach 14 Tagen zum ersten Male auftrat, ist nichts ungewöhnliches und spricht nicht gegen einen Zusammenhang mit dem Unfall. Wie mehrfach festgestellt wurde, vergeht oft erst eine Zeit des Wohlbefindens, ehe die nervösen Folgen auftreten. Verfasser glaubt nicht, daß man die Einwirkung des elektrischen Stromes nur als Auslösung einer schlummernden Anlage betrachten muß. Es wäre ja doch immerhin möglich, daß durch die Elektrizität in dem Gehirn derartige materielle Veränderungen gesetzt sind, daß dadurch epileptische Anfälle hervorgerufen werden, ohne daß in vivo sonst etwas auf diese Veränderungen hinweist. Welche Rolle der Sturz zu Boden gespielt hat, läßt sich nicht sicher

sagen. Die Bewußtlosigkeit scheint schon eingetreten zu sein, während der Verletzte noch an dem Dach des Wagens hing; es beginnt da auch die Amnesie. Daß die Epilepsie mit dem Sturz in ursächlichem Zusammenhang stehe, ist nicht anzunehmen, da der Verletzte nicht auf den Kopf und auch nicht hoch herunterfiel, auch keine Verletzung durch den Fall davontrug.

Dr. Waibel-Kempten.

Die Unfallentschädigung nach Verletzung des Auges. Von Dr. J. Rupprecht, Augenarzt und Oberarzt am Diakonissenhause zu Dresden. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 21.

Nach Verlust eines Auges bei normalem anderen Auge ist zu entschädigen:

1. Die Störung des Tiefenschätzungsvermögens während des ersten Jahres (bis zur Angewöhnung).

2. Die Störung der Konkurrenzfähigkeit dauernd.

Es wird der Verlust eines Auges mit 25 Proz. für nicht qualizierte und mit 33 1/3 Proz. für qualifizierte Arbeiter zu bewerten sein. Einseitig Erblindete, die nicht wesentlich entstellt sind, können etwas niedriger begutachtet werden.

Bei einseitigem Verlust der Linse (Aphakie) ist zu entschädigen die Störung des Tiefenschätzungsvermögens während des ersten Jahres; außerdem ist zu berücksichtigen, daß gewisse subjektive Beschwerden vorhanden sein können (Gefühl der Blendung, störender Schein usw.). Es ist also einseitiger Verlust der Linse niedriger einzuschätzen, als Verlust eines Auges, etwa auf 15—20 Proz.

Bei einseitiger Herabsetzung der Sehschärfe ist von ausschlaggebender Bedeutung das binokulare stereoskopische Sehen. Liegt die Sehschärfe eines Auges unter 1/10 der normalen, so ist die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit auf 15—20 Proz. zu schätzen. Beträgt die Sehschärfe über 1/10 der normalen, so wird die monokulare Herabsetzung der Sehschärfe an sich zwar eine wesentliche Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit nicht bedingen. Da aber auch geringfügige einseitige Trübungen durch ein Gefühl der Blendung etc. lästig werden können, so wird man auch bei einer Herabsetzung der Sehschärfe auf etwa 1/4 der normalen doch schon eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit um 10 Proz. annehmen, besonders bis zur Angewöhnung.

Wurden beide Augen von einer Herabsetzung der Sehschärfe betroffen oder hatte das nicht verletzte Auge bereits von früher her eine reduzierte Sehschärfe, so sind die Variationsmöglichkeiten doppelseitiger Sehstörungen so mannigfaltig, daß man hier keine feste Normen für die Begutachtung aufstellen kann. Man darf hier nur individualisieren, vielleicht unter Beihilfe von Tabellen, wie die von Maschke.

Bei nachgewiesener Reizbarkeit eines verletzten Auges wird man für die erste Zeit einen Zuschlag gewähren. Auch Störungen durch Blendung sind zu berücksichtigen (also Sehschärfeprüfung mit dem Gesicht gegen das helle Fenster).

Bestanden nachweislich schon vor dem Unfall Sehstörungen, so wird sich dies bei den meisten gewerblichen Arbeitern in einem geringeren Jahresarbeitsverdienst und damit schon in der Vollrente ausdrücken. Bei land- und forstwirtschaftlichen Arbeitern ist abzuschätzen, wie hoch die Erwerbsfähigkeit schon vor dem Unfall beeinträchtigt war.

Gesichtsfeldstörungen als solche spielen in der augenärztlichen Unfallpraxis eine geringe Rolle. Hier ist von Fall zu Fall zu entscheiden.

Bei Doppeltsehen infolge von Augenmuskellähmungen ist der erwerbliche Schaden der Einäugigkeit mindestens gleichzusetzen.

Die Frage, ob eine parenchymatöse Keratitis auf konstitutioneller Grundlage gelegentlich einmal durch ein Trauma ausgelöst werden kann, wird heute von den meisten Autoren bejaht. Wenn der Arzt die Verletzung oder deren Residuen noch nachweisen konnte und die parenchymatöse Keratitis selbst entstehen sah, so ist ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Trauma meist wahrscheinlich.

Erkrankt kurz (einige Wochen) nach der Verletzung auch das zweite Auge, so ist auch hier die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs mit dem Trauma gegeben.

Dr. Waibel-Kempten.

Trauma und Syphilis des Auges. Von Dr. Ant. Pastega-Regia-Marina. La Medicina delle Asseccurazione sociali; 1912, Nr. 4.

1. Bei einem mit Syphilis, besonders der erworbenen Form, behafteten Individuum kann ein das Auge treffende Trauma der Ursprung für verschiedene krankhafte Manifestationen sein, indem entweder die direkten Folgen des Traumas durch das syphilitische Substrat vorschlimmert worden oder sich mit den luetischen Manifestationen vermischen oder diese sich als alleinige, gelegentlich durch das Trauma hervorgerufene präsentieren.

2. Hinsichtlich der ätiologischen Beziehungen ist es oft sehr schwierig und bisweilen unmöglich abzugrenzen, welcher Anteil der oben bezeichneten Folgeerscheinungen direkt dem Trauma, welcher der Lues oder anderen allgemeinen Krankheitserscheinungen zuzuschreiben ist.

3. In nicht häufigen Fällen, bei denen die okulären syphilitischen Lokalisationen durch das Trauma sich in diagnostisch deutlicher Form darstellen, muß man bezüglich der Pathogenese sich zurückhaltend dahin aussprechen, daß es ohne das, wenn auch nur leichte Trauma nicht zu diesen Erscheinungen gekommen wäre.

4. Bei diesem letzten Zugeständnis und der Unmöglichkeit, in anderen Fällen den Anteil des Unfalls an der Arbeitsunfähigkeit festzustellen, nämlich wieweit diese direkt vom Unfall oder von der Syphilis abhängt, ist daran festzuhalten, daß die endgültigen die Arbeitsfähigkeit beschränkenden Folgen der Augenverletzungen bei Syphilitischen in der Bewertung der Rente auf die Umstände des Unfalls Bezug zu nehmen haben.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Zur Frage der traumatischen Appendicitis. Von Dr. Sonnenburg. Deutsche mediz. Wochenschrift; 1912, Nr. 13.

Das Trauma vermag nur bei einem pathologisch veränderten Wurmfortsatz eine akute Appendicitis auszulösen. Dabei ist es einerlei, ob dieser chronisch veränderte Wurmfortsatz schon vorher Beschwerden oder gar Anfälle verursacht hat oder nicht. Die Entstehung einer chronischen Appendicitis durch ein direkt die Ileocoecalgegend treffendes Trauma ist möglich, da durch Blutaustritt in der Umgebung des Coecums und der Appendix im weiteren Verlauf der Heilung sich Verwachsungen bilden können, aus denen es zur Retention usw. im Wurmfortsatz kommen kann. Ist die Blinddarmgegend von dem Insult nicht direkt getroffen, so ist zu verlangen. daß bei dem bisher gesunden Individuum die Erscheinungen der Entzündung im unmittelbaren Anschluß an den Unfall akut eingetreten sind. Die Zeitgrenze ist auch bei direktem Trauma auf höchstens 48 Stunden zu bemessen. Dr. Wilcke-Genthin.

Cubitus valgus und Entzündung des Schleimbeutels am Ellbogen. Von Dr. Bellucci-Portoferraio. La Medicina degli Assicurazione sociali; 1912, Nr. 2.

Es handelt sich um einen der nicht häufigen Fälle von Cubitus valgus auf physiologischer Grundlage, bei dem aber zunächst Ansprüche auf Unfallentschädigung gemacht wurden. Ein 41jähriger Zimmermann hatte sich beim Fallen gegen einen Tisch den linken Ellbogen gestoßen. Die Verletzung war an sich leicht, da schon nach 5 Tagen die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt war. Bei der Untersuchung sofort nach dem Unfall wurde festgestellt, daß das Ellbogengelenk frei beweglich war und nicht schmerzte, jedoch zeigte sich eine kleine Geschwulst in der Falte des Ellbogens und eine Formveränderung der Ellbogengegend, die nicht als Unfallsfolge, sondern nach der genaueren (Röntgen-) Untersuchnng als ein — vielleicht auf rhachitischer Grundlage entstandener — sogenannter Cubitus valgus anzusehen war.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Zur Frage der Pathogenese und des Mechanismus der Meniskusverletzungen. Von Dr. G. E. Konjetzny, Assistenzarzt der chirurg. Universitätsklinik in Kiel. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 22.

Verfasser berichtet über 8 operativ behandelte Fälle von Meniskusverletzungen, wobei eine totale Ablösung des Meniskus medialis von der Gelenkkapsel mit Erhaltung der vorderen und hinteren Insertion an der Tibia zu kon-

statieren war. Dieser Befund sprach dafür, daß es sich hierbei um eine durchaus typische Verletzung handelte.

Die Ursache der Meniskusverletzungen ist nur in einer geringen Anzahl der Fälle auf eine lokale Gewalteinwirkung zu beziehen; in den allermeisten Fällen handelt es sich um eine indirekte Läsion des Kniegelenks.

Wichtig ist für die beregte Frage der Hergang der Verletzung. Fast immer handelt es sich um eine in starker Außenrotation des Unterschenkels erfolgte, plötzlich forzierte Streckung des Beines während des Unfalles; in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle betrifft die Meniskusverletzung den medialen Zwischenknorpel. Von der Stärke der Außenrotation und der Kraft der Beinstreckung hängt es ab, ob der mediale Meniskus ganz oder in seinem vorderen Abschnitt von der Gelenkkapsel gelöst wird. Es kann dabei auch zum Abreißen der Knocheninsertion und zur queren Substanztrennung des Meniskus kommen, woraus sich so ziemlich alle Formen der beobachteten Meniskusverletzungen ergeben. Verfasser skizziert dann noch das Zustandekommen der Ablösung des Meniskus med. von der Gelenkkapsel in den einzelnen Phasen der Verletzung.

Bei den Verletzungen des lateralen Meniskus spielen wohl direkte Quetschungen (Stauchung) des Meniskus zwischen Tibia und Femur die Hauptrolle. Dafür spricht auch das anatomische Verhalten der lateralen Tibiagelenkfläche mit ihrer nach außen abschüssigen Ebene. Dr. Waibel-Kempten.

Entstehung von Panaritien. Von Med.-Rat Dr. Hansen in Haderslebeu. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 19.

Ein junger kräftiger Jäger nimmt zwei vor 8 Tagen geschossene Enten aus, geht an den Brunnen, spült die Hände, ergreift das Beil, um Holz zu hauen. Nach 3 Tagen merkt er Schmerzen in der Hand, die sich verschlimmern. Am 7. Tage fand Verfassser Schwellung und Rötung am Endgelenke des Daumens, am Grundgelenk des Zeige- und Mittelgelenk des Ringfingers, sowie in der Mitte der Hohlhand vor dem Ringfinger, überall bei völlig gesunder und heiler Haut. Nach Einschnitt fand sich überall Eiter, dessen Untersuchung im hygienischen Institut in Kiel Staphylokokken und kleine Grampositive Stäbchen ergab.

Die Entzündungen fanden sich gerade an den vier Stellen der Faust, die beim Greifen um einen Beilgriff am stärksten gedrückt werden.

Die Beobachtung hat den Wert eines Experiments, daß faulige pathogene Substanzen bei Druck auch durch heile Haut eindringen können. Dr. Waibel-Kempten.

Atrophie der Finger und der Knochen. Von Prof. Lusena. La Medicina delle Assicurazione sociali; 1912, Nr. 1.

Secretan hatte vor einigen Jahren auf ein, allerdings recht seltenes Vorkommen, nämlich das Eintreten der Atrophie der Weichteile der Finger nach geringfügiger Verletzung, aufmerksam gemacht. Sadeck war es, der bei derartigen Fällen auch eine Atrophie der Phalangen selbst fand. Verfasser ist in der Lage, aus eigener Kenntnis über 3 derartige Fälle zu berichten. Seine Folgerungen aus diesen Beobachtungen sind:

1. Nach der chirurgischen Heilung von Quetschwunden der Finger kommt es gelegentlich zu einer Atrophie, die alle Weichteile und den Knochen des verletzten Fingers betrifft. Klinisch sind folgende Erscheinungen zu beobachten: Fast gleichmäßige Verdünnung des Fingers, dünne, durchscheinende, wenig nachgibige, gerötete oder zyanotische, kühle Haut mit Schweißabsonderung, Hypoästhesie bei Berührung, Hyperästhesie in bezug auf Schmerz und Temperatur (namentlich niedrige), Behinderung der Beugung der Interphalangalgelenke, knöcherne Einschmelzung, spotane lanzinierende Schmerzen, die auch durch Druck auf die Narbe hervorgerufen werden und sich zuweilen auf Hand und Arm ausbreiten.

2. Diese posttraumatische Atrophie tritt meist 5 oder 6 Monate nach dem Trauma auf, indem sie in wenigen Wochen und Tagen ihre größte Intensität erreicht. Die örtlichen Schmerzen dagegen treten meist schon bald nach dem Unfall in die Erscheinung.

3. Die Atrophie wird nach Kontusionswunden der distalen Enden der Finger beobachtet, namentlich am Zeigefinger.

4. Sie führt eine schwere Funktionsstörung des ergriffenen Fingers mit sich.

5. Die Krankheit dauert lange (mindestens viele Monate) und schwindet langsam. Zuerst verschwinden die objektiven Symptome der Weichteile; der Finger erhält sein ursprüngliches Volumen wieder, während die Haut ihre normale Beschaffenheit wieder erlangt und die Gelenke wieder beweglich werden; die Schmerzen nehmen langsam ab. Die Osteoporose kann bis zu 3 Jahren bestehen bleiben. Mit der Wiederherstellung der Funktion bleibt die Verminderung der Arbeitsfähigkeit keine dauernde. Das Bestehenbleiben der Knochenatrophie bedingt an sich keine Funktionsstörung.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Die Albuminurie und ihre Bedeutung für die Lebensversicherung. Von Dr. L. Huismans,* dirig. Arzt der inneren Abteilung des St. Vinzenzhauses. Blätter für Vertrauenzärzte der Lebensversicherung; 1912, H. 1.

H. gibt ein für eine Lebensversicherungsgesellschaft erstattetes Gutachten wieder; er behandelt die Frage der klinischen Bewertung der einzelnen Arten der Albuminurien und die Zuverlässigkeit der üblichen Eiweißproben. Der Versicherungsantrag eines Herrn wurde im Jahre 1896 zunächst von der Gesellschaft nicht angenommen, weil sich bei mehrfachen Untersuchungen im Urin Spuren von Eiweiß fanden, doch wurde der Vertrag dann in demselben Jahre unter erschwerenden Bedingungen geschlossen. Infolge eines höheren Nachversicherungsantrages auf Lebenszeit wurde im Jahre 1898 wieder eine Untersuchung veranlaßt und auch jetzt wieder eine Eiweißausscheidung von 0,02—0,05 % festgestellt. Bei der Untersuchung durch H. im Jahre 1911 wurde durch die Kochprobe kein Eiweiß, durch die Unterschichtung mit Salpetersäure eine leichte Opaleszenz an der Grenze beider Schichten festgestellt. Bei der Essigsäure-Ferrocyankaliumprobe entstand zunächst kein Niederschlag, jedoch bald nach Entweichen zahlreicher Kohlensäurebläschen, eine leichte Opaleszenz, die bei Salpeterzusatz sich wieder löste — Erdphosphate. Bei Zusatz von Essbachs-Reagens bildete sich nach längerem Stehen ein Niederschlag von gelblich-bräunlicher Farbe, kein Eiweiß, sondern, wie mikroskopisch festgestellt wurde, ein Gemisch von Kaliumkreatininpikrat und Harnsäurekristallen. Im zentrifugierten klaren Urin waren Bestandteile nicht zu finden.

H. stellt in diesem Falle das Vorliegen einer Nierenentzündung absolut in Abrede. Es hätten sonst Folgeerscheinungen auftreten müssen hinsichtlich des Herzens und des Blutdrucks, was nicht der Fall war. Als Ursache dieser physiologischen Albuminurie „bei einem leicht nervösen Herrn" glaubt H. sportliche Uebungen und — bei dem Nachturin — von den Gefäßnerven ausgehende Einflüsse ansehen zu müssen.

H. geht auf die Ursachen und die Feststellung physiologischer Albuminurien näher ein. Ob es sich übrigens in allen Fällen orthotischer Albuminurien um eine rein essentielle Entstehung handelt, muß vorläufig unentschieden bleiben. In den weitaus meisten Fällen ist diese Annahme richtig; vereinzelt können die orthotischen Albuminurien jedoch auch eine beginnende organische Affektion der Nieren andeuten. Nach H. ist das Risiko für die Versicherungsgesellschaft gleich Null zu betrachten, wenn die Albuminurie seit Jahren (10—15 Jahre) ohne Folgerscheinungen besteht oder wenn es sich um eine Sportalbuminurie oder vasomotorische (Glomerulus-) Albuminurie handelt. Besondere Bedeutung ist dabei dem Blutdruck zuzuerkennen, der in jungen Jahren 125, in späteren 135—140 nicht übersteigen darf.

[Die große Wichtigkeit der hier behandelten Frage auch für die Medizinalbeamten, in deren Hand bei der Anstellung zahlreicher Personen oft die Entscheidung über deren ganze Zukunft liegt, rechtfertigt diese ausführlichere Wiedergabe des Aufsatzes.] Dr. Lohmer-Cöln.

Gewöhnung als wesentliche Veränderung im Sinne des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes. Voraussetzungen für ihre Annahme. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 11. Mai 1912. Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts; 1912, Nr. 6.

Die Erfahrung hat unzweifelhaft gelehrt, daß durch die Uebung bei der Arbeit und bei den gewöhnlichen Verrichtungen des Lebens, durch die An-

passungsfähigkeit des menschlichen Körpers und der einzelnen Gliedmaßen an veränderte Zustände, durch das infolge des Unfalls herbeigeführte Eintreten unverletzter Organe bei gewissen Verrichtungen an die Stelle verletzter Organe der durch den Unfall verursachte wirtschaftliche Schaden oft allmählich geringer wird und bei kleineren Verletzungen, insbesondere bei einer Reihe von Fingerverletzungen sich ausgleicht. Unfallverletzte, bei denen letzteres zutrifft, sind alsdann wieder vollwertige Arbeitskräfte geworden. Das Reichsversicherungsamt hat in einer den tatsächlichen Verhältnissen des Erwerbslebens entsprechenden Fortbildung seiner Rechtsprechung auch diese Gewöhnung als wesentliche Veränderung der Verhältnisse berücksichtigt und eine Herabsetzung der Rente, auch abgesehen von dem Falle der sogenannten „Uebergangs-“ oder „Gewöhnungsrente“ nicht mehr ausschließlich von einer Besserung im wirklichen Befund abhängig gemacht. Von einer solchen Gewöhnung kann aber nur gesprochen werden, wenn es sich menschlicher Voraussicht nach um einen abgelaufenen und künftig im wesentlichen unveränderlichen Fall handelt. Bei Prüfung dieser Frage darf auch nicht schablonenhaft verfahren werden. Vielmehr ist im Einzelfalle sowohl der Befund, als auch der Einfluß der Unfallfolgen auf die wirtschaftliche Stellung des Verletzten zu berücksichtigen. Es bedeutet eine Ueberspannung jenes an sich zutreffenden Grundsatzes, wenn, wie vorliegend, ohne ausreichende ärztliche Feststellungen und ohne Ermittelungen über die tatsächlichen Lohn- und Arbeitsverhältnisse bei einem immerhin wesentlichen Fingerverluste bereits nach kaum fünfeinhalbmonatiger Rentengewährung ein die Rentenaufhebung rechtfertigender Dauerzustand angenommen worden ist. Tatsächlich haben auch der Augenschein des Rekursgerichts und die vom Kläger eingereichte Bescheinigung seines Dienstherrn ergeben, daß der Kläger in seiner Erwerbsfähigkeit immer noch in wirtschaftlich fühlbarem Grade durch die Unfallfolgen beeinträchtigt wird. Er hat nicht nur seinen Beruf als Bergarbeiter aufgeben müssen, auch als landwirtschaftlicher Arbeiter ist er bei einer Reihe von Verrichtungen noch wesentlich behindert und wird nur zu leichter Arbeit verwendet. Seinem Antrag gemäß war ihm daher die Teilrente von 10 v. H. über den 7. April 1911 hinaus bis auf weiteres zuzusprechen.

Ein älteres Leiden ist dann nicht voll zu entschädigen, wenn der Unfall hinsichtlich seiner Verschlimmerung nur eine untergeordnete Rolle gespielt hat. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 18. Mai 1912. Kompaß; 1912, Nr. 15.

Gewiß entspricht es der Rechtsprechung des R.-V.-A., ein älteres Leiden dann voll zu entschädigen, wenn es durch einen Unfall derart verschlimmert wird, daß die bis dahin bestandene völlige Erwerbsfähigkeit geschwunden ist und einem Zustande teilweiser oder völliger Erwerbsunfähigkeit Platz gemacht hat. Diese Rechtsanschauung kann jedoch nicht dahin führen, daß die Berufsgenossenschaft auch da haftbar gemacht wird, wo der Unfall hinsichtlich der Verschlimmerung des Leidens eine nur unwesentliche Rolle gespielt hat, wo das Leiden auch ohne Dazwischentreten des Unfalls in seiner natürlichen Entwicklung die schwere Beeinträchtigung oder Aufhebung der Erwerbsfähigkeit gezeitigt haben würde. Es ist daher jedesmal zu prüfen, wie weit das bestehende Leiden bereits vorgeschritten war, als der Unfall sich ereignete, und ob der Unfall an sich geeignet war, die demnächst in die Erscheinung getretene Verschlimmerung auszulösen. Da nun in dieser Beziehung die gutachtlichen Aeußerungen der Aerzte starke Meinungsverschiedenheiten aufwiesen, unvereinbare Widersprüche, die auch in dem nachträglich zu den Akten gelangten Kundgebungen des Dr. S. und des Dr. R. hervortraten, so hielt es das Rekursgericht für angezeigt, von der Breslauer Universitätsklinik ein Obergutachten einzuholen. Dasselbe gelangt mit ausführlicher Begründung zu dem Ergebnis, daß der Kläger an einer starken Vergrößerung des Herzens nach allen Richtungen mit systolischen und diastolischen Schwirren und mit Geräuschen an der Herzspitze sowie einer sehr unregelmäßigen Herzaktion leidet; krankhaften Veränderungen, die auf eine Schlußunfähigkeit und Verengerung der Klappe zwischen linkem Vorhof und linker Herzkammer hinweisen und in dem seit Jahren bestehenden Herzleiden des Klägers ihre volle Erklärung finden, und daß das Einheben des entgleisten Kohlenwagens — übrigens eine nach der Sachkenntnis des Gerichts häufig wiederkehrende, durchaus betriebsübliche

Nach der durch den Leichenöffnungsbefund bestätigten Feststellung der Krankenhausärzte unterliegt es keinem Zweifel, daß T. an einer akuten allgemeinen Miliartuberkulose gestorben ist, also an einer Krankheit, die an sich mit seiner Unfallverletzung, dem Bruch des rechten Wadenbeins, nicht das Mindeste zu tun hatte, sondern dadurch, daß das Tuberkelgift sich durch die Blut- und Säftemasse über den ganzen Körper verbreitete und fast in allen Organen in kürzester Zeit zahlreiche hirsekorngroße Tuberkeln entwickelte, unter hohem Fieber und schweren typhusähnlichen Erscheinungen zum Tode führte. In Frage konnte nur kommen, ob die Erkrankung vielleicht mittelbar auf den Unfall oder durch den Unfall verursachten Aufenthalt im Krankenhause zurückzuführen war. Die dieserhalb eingeholte ärztliche Auskunft hat indessen auch das Vorliegen eines mittelbaren Zusammenhanges verneint. Die Aerzte erklären, daß die hier in Rede stehende Erkrankung meist ohne erkennbare Ursache erfolge, und daß von einer sie etwa begünstigenden Nachwirkung der Unfallverletzung um deswillen keine Rede sein könne, weil sie nur eine verhältnismäßig geringfügige war und sich lediglich auf den Fuß bezog. T. habe nur einige Tage zu Bett gelegen und dann einen Gipsschuh erhalten, mit dem er sich ziemlich frei auch im Freien habe bewegen können. Ebenso sei bei der guten Verpflegung der Kranken und der steten Lüftung der Räume eine ungünstige Einwirkung auf den Gesundheitszustand als ausgeschlossen zu erachten. Endlich spreche gegen die Annahme einer Ansteckung im Krankenhause der Umstand, daß T. eine offene Wunde nicht davongetragen habe, und daß die an Tuberkulose Erkrankten von den anderen Kranken völlig abgesondert seien.

Durch den glatten Verlust von $2^1/_4$ Gliedern des rechten Zeigefingers ist der Verletzte nicht gehindert, alle schweren Arbeiten im Bergmannsberufe auszuführen. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 25. Juni 1912. Kompaß; 1912, Nr. 18.

Der glatte Verlust des rechten Mittelfingers kann nach eingetretener Angewöhnung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte nicht mehr als ein wirtschaftlich in Betracht kommender Nachteil angesehen werden. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 26. Juni 1912 Kompaß; 1911, Nr. 18.

Berechtigter Anspruch auf Auszahlung der Versicherungssumme bei unverschuldeter verspäteter Unfallanzeige. Urteil des Oberlandesgerichts Celle (IV. Z.-Z.) vom 11. Januar 1912.

Bei einer rheinischen Unfall-Versicherungsgesellschaft war der Dr. B. in Br. mit 10000 M. gegen tödlichen Unfall versichert, die seinem Rechtsnachfolger auch dann ausgezahlt werden sollten, wenn er in seinem ärztlichen Berufe an einer Ansteckung sterben würde. In den Versicherungsbedingungen war festgesetzt, daß beim Tode des Versicherungsnehmers die Hinterbliebenen verpflichtet seien, spätestens binnen 24 Stunden nach erlangter Kenntnis der Versicherungsgesellschaft direkt telegraphisch Anzeige zu machen. Im Sommer 1909 herrschte in Br. eine Diphtherie-Epidemie; Dr. B. zog sich hierbei eine Ansteckung zu und starb an Diphtherie. Daß er versichert war, war seiner Frau nicht bekannt; sie wurde erst mehrere Monate später durch die Aufforderung des Versicherungsagenten in Göttingen, die fällige Prämie zu zahlen, von dem Bestehen der Versicherung unterrichtet. Ihr Antrag auf Auszahlung der Versicherungssumme wurde jedoch von der Versicherungsgesellschaft abgewiesen, weil die Anzeige zu spät erfolgt sei. In der darauf erhobenen Zivilklage bestritt die Gesellschaft ihre Zahlungspflicht auf Grund der genannten Versicherungsbedingungen, und behauptete, der Tod des Dr. B. sei nicht durch Ansteckung, sondern infolge eines langjährigen Halsleidens erfolgt. Aber selbst wenn eine Ansteckung vorliegen sollte, bedeute es ein grobes Verschulden seitens Verstorbenen, daß er seiner Frau nicht mitgeteilt habe, daß er gegen Unfall des versichert sei. Er hätte dies wenigstens sofort dann tun müssen, als er sich davon überzeugt hatte, daß er bedenklich erkrankt sei. — Das Landgericht in H. verurteilte jedoch die Gesellschaft, der Klägerin die Versicherungssumme auszuzahlen. Es hielt für erwiesen, daß Dr. B. durch Ansteckung an Diphtherie

in Ausübung seines ärztlichen Berufes gestorben sei. Es könne ihm auch nicht als Verschulden angerechnet werden, wenn er seine Erben nicht von dem Bestehen der Unfallversicherung und von der von ihm der beklagten Gesellschaft gegenüber übernommenen Anmeldeverpflichtung in Kenntnis gesetzt habe. Das Vorbringen der Gesellschaft, Dr. B. habe diese Verpflichtung ihr gegenüber auf jeden Fall erfüllen müssen, müsse unter Berücksichtigung der besonderen Umstände dieses Unfalls als unbillige Härte und deshalb als unbegründet erachtet werden. — In der Berufung erkannte das Oberlandesgericht Celle ebenfalls den Anspruch als berechtigt an, vorausgesetzt, daß Dr. B. wirklich an Diphtherie-Erkrankung im Berufe gestorben sei. Dies solle eine Kommission von drei Aerzten entscheiden.

Erwerbsunfähigkeit, die durch eine Stützvorrichtung beseitigt werden kann, ist trotzdem als dauernd anzusehen, wenn eine Stützvorrichtung nicht gewährt und dem Rentenbewerber keine Gelegenheit zu deren versuchsweisen Gebrauch gegeben wird. Revisionsentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 1. Dezember 1911. Amtl. Nachrichten des Reichsversicherungsamts; 1912, Nr. 8.

Wie das Reichsversicherungsamt in ständiger Rechtsprechung festgehalten hat, ist es, um eine Erwerbsunfähigkeit als vorübergehende erscheinen zu lassen, nötig, daß nicht nur eine entfernte Möglichkeit auf Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit besteht, sondern daß eine solche nach verständiger, sachlich begründeter Voraussicht in absehbarer Zeit zu erwarten ist. Da die Aerzte im vorliegenden Falle übereinstimmend als Voraussetzung für die Behebung des Zustandes der Invalidität die Beschaffung einer Stützvorrichtung bezeichnet haben, müßte, um zur Annahme einer vorübergehenden Erwerbsunfähigkeit gelangen zu können, es feststehen, daß für die Klägerin die Aussicht auf Erlangung einer Stützvorrichtung besteht. Die Versicherung lehnt die Lieferung der Vorrichtung ab. Daß die Klägerin selbst eine solche sich beschaffen könnte, erscheint ausgeschlossen, da sie von ihrem Mann getrennt lebt und mittellos ist. Der Armenverband ihres Wohnorts hat es abgelehnt, die Kosten der Stützvorrichtung zu bezahlen. Ein anderer Armenverband ist nicht befragt worden. Hiernach ist nicht ersichtlich, wie die Klägerin in den Besitz des von den Aerzten bezeichneten Hilfsmittels gelangen soll. Die Erwerbsunfähigkeit kann daher zunächst nicht als vorübergehend gelten.

Ferner aber müßte nicht nur ersichtlich sein, daß die Klägerin in den Besitz einer Stützvorrichtung gelangen wird, sondern es müßte auch eine Wahrscheinlichkeit dafür festgestellt werden können, daß sie durch die Verwendung dieser Vorrichtung wieder erwerbsfähig im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes werden wird. Nach Lage der Sache bestehen aber Bedenken, ob ein begründetes Urteil hierüber möglich ist, ehe die Klägerin die Vorrichtung versuchsweise getragen hat. Die ärztlichen Gutachten reichen jedenfalls nicht aus, um die Feststellung vorübergehender Erwerbsunfähigkeit darauf zu stützen.

Unter „Wegfall des Krankengeldes" im Sinne des Abs. 3 des § 1255 der Reichsversicherungsordnung (Invalidität nach Ablauf von 26 Krankheitswochen) ist zu verstehen: der Wegfall des „Anspruchs" auf Krankengeld. Revisionsentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 8. Mai 1912. Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts; 1912, Nr. 8.

Ein Rentenempfänger kann unter Umständen auf eine andere Arbeit außerhalb der nächsten Umgebung seines Wohnsitzes verwiesen werden, falls in seinen Verhältnissen eine wesentliche Veränderung eingetreten und er wieder imstande ist, durch eine solche Arbeit mehr als ⅓ der gesetzlichen Mindestverdienstgrenze zu erwerben. Revisionsentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 21. Mai 1912. Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts; 1912, Nr. 8.

Es besteht nach dem Gutachten des Dr. J. vom 3 Juli 1911 kein Bedenken mehr gegen die schon von dem Geh. San.-Rat Dr. K. und von Dr. D. ausgesprochene Annahme, daß der Entzündungsprozeß im rechten Knie des Klägers ausgeheilt, und daß damit eine wesentliche Besserung in dem Zustand

des Klägers gegenüber der Zeit der Rentenbewilligung eingetreten ist. Diese Besserung bedeutet aber auch eine Veränderung in den Verhältnissen des Klägers, die ihn nicht mehr als erwerbsunfähig erscheinen läßt. Nach dem Gutachten des Dr. J. ist der Kläger für fähig zu erachten, alle Arbeiten im Sitzen zu leisten. Damit aber muß ein erst 31 Jahr alter, nur in der Gebrauchsfähigkeit des rechten Beines wesentlich beschränkter, sonst aber gesunder und rüstiger Mann die gesetzliche Mindestverdienstgrenze erreichen können. Der Umstand, daß der Kläger nur Ackerknecht gewesen ist und eine Tätigkeit nicht erlernt hat, wie sie zahlreiche Lohnarbeiter ausschließlich in sitzender Stellung ausüben, bildet kein Hindernis für diese Annahme. Wäre der Kläger ein berufsmaßiger Lohnarbeiter dieser Art gewesen, so würde er voraussichtlich in seiner Erwerbsfähigkeit nicht beschränkt sein. Es gibt aber auch für einen ungelernten Arbeiter auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte teils rein mechanische, teils leicht zu erlernende Beschäftigungen, die in sitzender Stellung ausgeübt werden können und dem Kläger sein Lohndrittel sichern würden, wenn sich der Kläger in der Auswahl nur nicht auf die Landwirtschaft und auf seine engere Heimat beschränkt. Den Versicherten muß aber im öffentlichen und im eigenen Interesse zugemutet werden, daß sie sich nicht nur an ihrem Wohnsitz und in dessen nächster Umgebung, sondern in einem weiteren Kreise um Arbeit, z. B. in der dort heimischen Zigarrenindustrie, bemühen.

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

a. Wochenbettfieber und Wochenbetthygiene.

Diagnose der Schwangerschaft mit Hilfe der optischen Methode und dem Dialysierverfahren. Von Prof. Dr. Emil Abderhalden in Halle a. S. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 24.

Neuere Forschungen und Versuche führten zur Fragestellung, ob es nicht möglich sei, das während der Schwangerschaft beobachtete Eindringen von Zellen der Chorionzotten in die Blutbahn des mütterlichen Organismus am Auftreten bestimmter Fermente zu erkennen. Verf. wählte als Material zur Prüfung dieser Fragestellung Blutserum und Blutplasma von nichtschwangeren und schwangeren Individuen, und prüfte, wie dieses sich gegen Plazentargewebe verhielt. Einmal wurde das Serum resp. Plasma mit aus Plazenta dargestelltem Pepton zusammengebracht und das Drehungsvermögen des Gemisches im Polarisationsapparat verfolgt. Ferner gab Verfasser die genannten Blutflüssigkeiten zu koaguliertem Plazentargewebe in einen Dialysierschlauch. Es wurde gegen destilliertes Wasser destilliert. Die Außenflüssigkeit gab nur dann Biuretreaktion, wenn Schwangerschaft vorlag. Ferner änderte sich die Anfangsdrehung des Gemisches in keinem Falle, wenn es sich nicht um Schwangerschaft handelte. Das fötale Blut war nicht imstande, Plazentapepton resp. koaguliertes Plazentargewebe abzubauen.

Es ist somit gelungen, mittels der optischen Methode und dem Dialysierverfahren die Schwangerschaft zu diagnostizieren. Bis jetzt wurde die Schwangerschaft in 75 Fällen diagnostiziert. Es kam keine Fehldiagnose vor. In einzelnen Fällen dürfte die Diagnose Schwangerschaft mit des Verfassers Methode auch praktische Bedeutung erlangen. Verfasser ist gerade daran, die Methode speziell für die Zwecke der Tiermedizin zu vereinfachen. Meist wird erst beim Schlachten der Tiere bemerkt, daß Schwangerschaft vorlag. Dr. Waibel-Kempten,

---

Pituitrin in der Geburtshilfe. Von Dr. E. Hirsch, Assistent der Hebammenschule Straßburg i. E. Münchener mediz. Wochenschrift; 1912, Nr. 18.

Verfasser gelangt auf Grund zahlreicher Versuche mit Pituitrin zu folgenden Schlußsätzen:

Mit Pituitrin allein den Abortus oder die künstliche Frühgeburt einzuleiten ist nicht möglich; es ist kein direkt Wehen anregendes Mittel. Es kann jedoch die durch Metreuryse oder Zervixtamponade angeregten Wehen in ausgezeichneter Weise verstärken.

Ist die Geburt bereits im Gang (Eröffnungsperiode), dann vermag es, in

den meisten Fällen wenigstens, sistierende Wehen wieder anzuregen oder zu schwache Wehen zu verstärken und zu verlängern, um dann in der Austreibungsperiode seine größte Wirksamkeit zu entfalten.

Die Anwendung des Pituitrins empfiehlt sich vor der Sectio caesarea wegen seiner günstigen Wirkung auf die Kontraktionsfähigkeit der Uterusmuskulatur.

Für die Nachgeburtsperiode besitzen wir im Sekakornin ein verläßliches und dem Pituitrin überlegenes Mittel. Dr. Waibel-Kempten.

Die Verwertung der Hypophysenextrakte in der praktischen Geburtshilfe. Von Prof. Dr. J. Hofbauer, Oberarzt der Königsberger Universitätsfrauenklinik. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 22.

Seit der ersten Empfehlung des Pituitrins als wehenanregendes und wehenförderndes Mittel durch den Verfasser im Vorjahre ist das Mittel an verschiedenen Kliniken erprobt worden und bei dem allgemein übereinstimmenden Urteile muß jede Skepsis schweigen.

Verfasser kommt auf Grund dieser Mitteilungen und auf Grund seiner weiteren Erfahrungen zu der Schlußfolgerung, daß sich das Pituitrin als das brauchbare und souveräne Wehenmittel bewährt hat, als das es empfohlen wurde. Die Vorteile des neuen Verfahrens liegen vornehmlich in der wesentlichen Abkürzung der Geburtsdauer, wodurch die sonst erwachsenden oder bereits hervortretenden Schäden (Infektionsfieber und Erschöpfung der Kreißenden, Asphyxie des Kindes) umgangen bezw. ausgeschaltet werden können. Und weiterhin darin, daß viele sonst erforderliche operative Eingriffe wegfallen; nicht nur Zangen, sondern ebenso Wendungen, Metreurysen, schwierige Steißextraktionen u. a. Die Indikationsstellung zur operativen Beendigung der Geburten hat eben seit der Einführung des neuen Verfahrens eine gründliche Wandlung erfahren. So war bei den letzten 600 Entbindungen in der Dresdener Klinik trotz der großen Zahl enger Becken keine Zange mehr erforderlich u. s. f. Dr. Waibel-Kempten.

Die Vorgänge bei der puerperalen Infektion mit besonderer Berücksichtigung der Infektion mit endogenen Keimen. Von Privatdoz. Dr. P. Esch in Marburg. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1912, Nr. 2.

Mit der lange Zeit bestehenden Anschauung, den digitalen oder instrumentellen Import von Mikroorganismen für den einzigen Modus der puerperalen Infektion zu halten, haben in letzter Zeit besonders die Arbeiten Zangemeisters aufgeräumt. Es ist durchaus falsch, der Vagina von allen nach der Körperoberfläche mündenden Höhlen allein den Vorzug einzuräumen, daß sie aseptisch sei. Es ergab unter anderem die Abimpfung aus der Vagina vor der Lagerung, bevor innerlich untersucht worden war, daß die Vaginalflora zu Beginn der Geburt unzweifelhaft in Beziehung zu den im Wochenbett auftretenden Infektionen steht. Dabei zeigte sich hinsichtlich der Streptokokken kein Unterschied zwischen innerlich nicht Untersuchten und Untersuchten; von ersteren fieberten 10 %, von den letzteren 9 %. Es gibt also sicher neben der puerperalen Infektion mit ektogenen Keimen auch eine mit endogenen Keimen. Es kommt dabei in beiden Fällen die Infektion dadurch zustande, daß entweder die natürlichen Geburtswunden durch spontane (Stauung infektiöser Sekrete) oder artifizielle Inokulation infiziert werden oder daß die künstlichen Wunden auf dieselbe Art infiziert werden.

Dieser Nachweis der Infektiosität der Scheidenkeime darf uns aber keineswegs verführen, die Gefahr der Außeninfektion geringer einzuschätzen als bisher, zumal wir wissen, daß die ektogene Infektion sich nicht durch die schwersten Erscheinungen dokumentiert, während die endogene meist, aber nicht immer, leichterer Art ist.

Als dritter Infektionsmodus bei der Entstehung der puerperalen Erkrankungen kommt seltenerweise auch die Infektion auf dem Blut- oder Lymphwege in Betracht. Solche Fälle sind bei Bakteriämien mit Pneumokokken, Typhusbazillen, Streptokokken und anderen Organismen beobachtet.

Dr. Pachnio-Stralsund.

Inwieweit hat bisher die Einführung der Asepsis und Antisepsis die puerperale Infektionsmortalität ganzer Länder beeinflußt? Von Professor Dr. F. Ahlfeld in Marburg. Sammlung klinischer Vorträge von Richard v. Volkmann. Verlag von Ambrosius Barth. Leipzig 1912.

Wenn sich auch eine Abnahme der Kindbettfieber-Todesfälle in Deutschland gezeigt hat, so müssen wir doch noch immer damit rechnen, daß in den hygienisch gut geleiteten Teilen des Reiches von 10000 Entbundenen durchschnittlich 40—50 Frauen an den Folgen der Geburt sterben.

Einen Teil der Schuld an der jetzigen Kindbettfiebersterblichkeit tragen nach allgemeiner Ansicht weniger die Hebammen als vielmehr die ärztlichen Eingriffe. Besonders verhängnisvoll sind die Nachgeburtsoperationen.

Von großem Werte für die weitere Verminderung der Kindbettfieberfälle würde die Einrichtung von Wöchnerinnenasylen, insbesondere kleiner Kreis-Wöchnerinnenasyle auf dem Lande sein. In diesen Kreis-Wöchnerinnenasylen oder an die Krankenhäuser angegliederten Gebärabteilungen würden auch Medizinalpraktikanten und Assistenten, die in dem Zudrange zu den Universitäts-Entbindungsanstalten nur eine ungenügende Ausbildung erhalten, ihre Erfahrungen sammeln können. Hier würden sie zugleich auch in der Säuglingspflege fortgebildet werden.

Weitere Fortschritte in der Verhütung des Kindbettfiebers erwartet A. von der Hebung des Hebammenstandes und der Einführung des Alkohols als Händedesinfektionsmittel. Von dem in letzter Zeit viel erörterten Verbot der inneren Untersuchung erwartet A. keinen Nutzen. Er würde darin vielmehr ein Unglück sehen. (A. übersieht dabei, daß weder in meinem Referat auf dem internationalen Hebammenkongreß in Dresden, wo die Anregung zur neuen Erörterung der Frage des Verbotes der inneren Untersuchung gegeben wurde, noch auch von Prof. Winter ein „absolutes" Verbot der inneren Untersuchung gefordert worden ist. Sie soll vielmehr nur im allgemeinen verboten sein, jedoch in ganz bestimmten, noch festzulegenden Ausnahmefällen nach wie vor von der Hebamme ausgeführt werden können. Cf. Annalen für das gesamte Hebammenwesen; 1912, H. 1 und 2. Ref.) Dr. Dohrn-Hannover.

Zwei in ätiologischer Hinsicht bemerkenswerte Fälle von Puerperalfieber. Von Dr. Grützner in Hamburg. Aus dem Allgemeinen Krankenhause zu St. Georg in Hamburg. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 24.

Verfasser berichtet über zwei beobachtete Wochenbettfieberfälle unter Mitteilung der betr. Krankengeschichten.

Der erste Fall betraf eine 30jährige Frau, die, wie die bakteriologischen bezw. kulturellen Untersuchungen ergaben, an Colisepsis bei gleichzeitig bestehender Pyelitis erkrankt war. Verf. glaubt, daß die Allgemeininfektion nicht von den Harnwegen ausgegangen ist. Das Auftreten der septischen Symptome am vierten Tage des Wochenbettes deutet vielmehr darauf hin, daß die Dammrißwunde, die zerklüftete Portio vaginalis, also Gewebe, das durch das Geburtstrauma gelitten hatte, die Invasionspforte gebildet hatte. Der reichlich keimhaltige Urin, der zweifellos den Scheideneingang wiederholt überrieselte, war sicherlich allein schon imstande, die Kolibakterien der Wundfläche einzupflanzen. Patientin wurde nach 4 Monaten in Heilung entlassen. Im Harne waren aber immer noch reichlich Kolibakterien nachweisbar.

Der zweite Fall betraf eine 32jährige Frau, bei der es sich um einen putriden Abort bezw. um eine thrombophlebitische Sepsis puerperalis handelte. Es ließ sich nicht bestimmt entscheiden, ob die bei der Untersuchung gefundenen Staphylokokken als eigentliche Sepsiserreger anzusprechen waren oder ob nicht eine Polymikrobeninfektion vorlag. Es wäre gut denkbar, daß im vorliegenden Falle eine Symbiose mehrerer Keimarten bestand, die den putriden Charakter bedingte, nur daß sie eben in den Kulturen nicht dargestellt werden konnte. Die Tatsache, daß der Staphylococcus sowohl von dem Pleurapunktat, wie aus dem Leichenblute gezüchtet werden konnte, beweist jedenfalls, daß er eine hervorragende, wenn nicht die hervorragendste Stelle bei der Infektion spielte. Die Patientin, bei der wegen starken Blutungen zweimal (das erstemal von dem behandelnden Arzte, das zweitemal in dem Krankenhause) Auskratzungen, das letztemal mit Zutageförderung stinkender Plazentareste in erheblicher Menge, vorgenommen wurde, starb 4 Wochen nach der Aufnahme

ins Krankenhaus. Die Sektion ergab: Linksseitige parametrische Infiltrate und Abszedierung von Haselnußgröße. Thrombophlebitis Venae uterin. sin. Operiertes linksseitiges Pleuraempyem. Kompressionsatelektase des linken Unterlappens. Starke Verwachsungen der linken Pleura. Metastatischer Abszeß im rechten Unterlappen. Endocarditis inveterata ad valv. mitr. et aort. Trübe Schwellung der Leber und der Nieren. Schwellung der Milz.

Dr. Waibel-Kempten.

---

b. Desinfektion.

Chemische und bakteriologische Untersuchungen über teerölhaltige Desinfektionsmittel mit Vorschlägen für eine neue bakteriologische Prüfungsform. Von Dr. H. Schneider-Frankfurt a. M. Desinfektion; 1912, Nr. 4—5.

Auf Grund dieser Feststellungen wird für die phenolteerölhaltigen Desinfektionsmittel wie auch für die nur phenolhaltigen Präparate (Kresolseifenlösungen) in Vorschlag gebracht, eine einheitliche Kontrollmethode mit Bacillus pyocyaneus als Testobjekt und Karbolsäure (Phenol) als Einheit einzuführen.

Typhus-Koeffizienten (Karbolsäure = 1, die Zahlen geben das Vielfache der Karbolwirkung an): Creolin 5, Creolin. puriss. 12,5, Cyllin 8, Liquor Cresoli saponatus Ph. V 1,9.

Coli-Koeffizienten: Creolin 2, Creolin. puriss. 6, Cyllin 5, Liquor Cresoli ap. Ph. V 1,25.

Pyocyaneus-Koeffizienten: Creolin 1,5, Creolin. puriss. 3, Cyllin 1,36, Liquor Cresoli saponatus Ph. V 1,5.

Der Gehalt an Phenolen betrug in 100 Gew.-T. für: Creolin 24, Creolin puriss. 33,5, Cyllin 34, Liquor Cresoli saponatus Ph. V 50 (Kresole).

Auffallend ist, daß Cyllin bei gleichem Gehalt an Phenolen wie Creolin. puriss., meist erheblich geringere Desinfektionswirkung wie dieses zeigte und bei Pyocyaneus sogar hinter dem gewöhnlichen Creolin zurückblieb. Die Gründe hierfür sind vielleicht in einer Verschiedenartigheit der in beiden Produkten enthaltenen Phenole zu suchen.

Creolin übt auf Grund der Pyocyaneus-Werte die gleiche, Creolin. puriss. die doppelte Desinfektionswirkung wie Liquor Cresoli saponatus Ph. V aus. Daneben ist von erheblicher praktischer Bedeutung für die Creolinpräparate, daß bei ihnen zu der Desinfektionswirkung (abgesehen von Pyocyaneus) noch die unterstützenden entwicklungshemmenden Kräfte der Teeröle hinzutreten.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber die Theorie der Desinfektion durch chemische Agentien. Von A. Rochaix. Aus dem Hygiene-Laboratorium des Prof. I. Courmont-Paris). Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII, 1912, Nr. 8.

I. Die chemischen Antiseptika sind einzuteilen: 1. In Elektrolyten. 2. In nicht dissoziierte Körper und Metalle im kolloidalen Zustand.

Die elektrolytische Dissoziation gestattet eine Erklärung, warum desinfizierende Salze im Wasser wirksamer sind, als in anderen Flüssigkeiten (Alkohol, Aether), wo sie sich in einem Zustand schwächerer elektrischer Dissoziation befinden. Hierzu tritt die Adsorption; infolge ihrer großen Oberflächenentwicklung üben die Mikroben auf die Jonen eine beträchtliche Anziehung aus. Die Größe der Adsorption ist abhängig von der Temperatur und der Konzentration. — Die Mikroben verhalten sich nach Comandon wie Kolloide. Die Spirochaete der Febris recurrens, des Typhusbacillus sind positiv; der Erreger des Syphilis, der Kolibacillus, bestimmte Kokken sind negativ. Die Vorgänge zwischen Keim und Jon spielen sich wahrscheinlich analog jenen ab, die in Niederschlägen von Elektrolyten und Kolloiden vor sich gehen.

II. Das Jon oder das vom Bacillus adsorbierte desinfizierende Molekul wirkt auf ihn in besonderer Weise ein. In bestimmten Fällen: Chlor, Ozon entsteht eine Oxydation des lebenden Protoplasmas, die bis zur vollkommenen Verbrennung gehen kann. Meist aber dürfte die Wirkung des Desinfiziens auf einer Gerinnung des Protoplasmas der Bakterienzellen beruhen. Alle energischen Desinfektionsmittel sind gleichzeitig energische Fällmittel der Eiweißkörper. So wirkt Phenol, dem Salze zugefügt sind, stärker desinfizierend und stärker eiweißfällend. Die Arbeiten von Löw an Algen, von Mann an Saccharomyces

cerevisiae, von Behring unterstützen diese Vorstellung. Darum sind aber doch nicht alle eiweißfällenden Mittel gute Desinfizientien (Alkohol, Tannin).

Die weitere Ausarbeitung der Theorie des Autors soll in einer in der Revue d'hygiène et de police sanitaire veröffentlichten Arbeit erfolgen.

Dr. Mayer-Simmern.

Ueber Versuche mit Quecksilbercyanid, besonders im Vergleich mit Sublimat. Von Stabsarzt Dr. Hüne-Stettin; Desinfektion; 1912, Nr. 6.

1. Quecksilbercyanid wird im Gegensatz zum Sublimat durch ätzende und kohlensaure Alkalien nicht zerlegt. Silbernitrat erzeugt keinen Niederschlag. Halogenwasserstoffsäuren, z. B. Salzsäuren, wirken zersetzend. Metallgegenstände (Messer) werden nicht angegriffen. 2. Von Quecksilbercyanid ist bei Desinfektionen etwa das Doppelte zu nehmen wie von Sublimat. 3. Durch eiweißhaltige Substanzen (Blutserum, Blutkörperchen, Auswurf, Eiter, Stuhl) leidet die Wirksamkeit des Quecksilbercyanids mindestens ebenso, wie die des Sublimats, wenn auch keine Fällung entsteht. 4. Quecksilbercyanid filtriert durch kolloidale Substanzen, z. B. Agar besser und rascher wie Sublimat. 5. Durch größere Mengen treten bei Tieren (Meerschweinchen, weißen Mäusen) heftige Cyanvergiftungserscheinungen auf, die immerhin zur Vorsicht dort mahnen, wo die Resorbierung einer größeren Menge Desinfektionsflüssigkeit möglich ist. 6. Der hohe Preis dürfte weiter die allgemeine Einführung des Quecksilbercyanids an Stelle des Sublimats erschweren.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Zur Desinfektion von Lederwaren und Büchern durch heiße Luft. Von Oberarzt Dr. Konrich. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 71, H. 2.

Fußend auf den Versuchen von Schumburg, Mosebach und Findel hat der Verfasser versucht, die für die gewöhnliche Praxis noch nicht befriedigend gelöste Frage zu beantworten, wie man unter Vermeidung der nur im Großbetriebe rationell anwendbaren Formalin-Vakuumapparate (Rubner und Hamburger Verfahren) Lederwaren und Bücher auch im klinischen Betriebe sicher, billig und ohne Schaden desinfizieren kann. Aus seinen Versuchen geht hervor, daß man dieses dreifache Ziel ausgezeichnet erreichen kann durch die Anwendung einer genügend lange ausgedehnten Einwirkung einer heißen Luft von 75—90°. Verfasser benutzte einen gewöhnlichen Brutschrank aus Eisenblech mit Wassermantel von den Innenmassen 50 × 50 × 50 cm. Der Brutschrank wurde beschickt mit Bücherpacken und Lederwaren und auf eine Temperatur von 75—90° gebracht. Innerhalb 24 Stunden nach Erreichung der geforderten Temperatur waren mit Sicherheit die Staphylokokkentestproben im Innern der dicksten Bücher abgetötet. Bücher und Lederwaren hatten, obwohl sie zum Teil 86 Versuche mitgemacht hatten, in keiner Weise gelitten. Die Kosten für den Gasverbrauch stellten sich für 24 Stunden auf 0,26 Mark.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Ueber Versuche mit desinfizierenden Räucherungen bei Tuberkulose. Von Dr. Karl Meyer. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 71, H. 2.

Verfasser, Oberarzt der Tuberkulinstation der Landesversicherungsanstalt Berlin, hat experimentell die Wirkungen des Rauches studiert, der bei der Verbrennung eines vegetabilischen Briketts entsteht, das unter dem Namen „Euskol" fabrikmäßig hergestellt wird und in der Hauptsache aus gepreßten Eukalyptus- und Fichtennadelblättern bestehen soll. Diese sollen bei der Verbrennung einen intensiven, nicht unangenehmen Rauch entwickeln, der nach dem Gutachten des Herrn Dr. Jeserich 2,4% Ameisensäure enthält. Ueber die Bezugsquelle usw. der Euskolbriketts werden Angaben nicht gemacht.

Aus den Versuchen ergab sich, daß der konzentrierte Euskolrauch Tuberkelbazillen im Sputum und in Sputumschichten abtötet, daß der Rauch in geringer Konzentration, wie ihn Tiere zeitweise ertragen, ebenfalls Tuberkelbazillen nach 2 Stunden sterilisiert. Eine Zimmerdesinfektion läßt sich wahrscheinlich mit Euskolräucherung unter Abtötung, sicherlich aber mit starker Virulenzabschwächung der Tuberkelbazillen durchführen, ohne daß die Bewohner dauernd die Räume verlassen müssen. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Eine billige Modifikation des Permanganatverfahrens. Von Dr. Gins-Frankfurt a. M. Desinfektion; 1212, Nr. 6.

Der Verfasser berichtet über Versuche mit einem modifizierten Permanganatverfahren, aus denen sich ergibt, daß Staphylokokken und Bact. coli sicher abgetötet werden, unter den Bedingungen, deren Erfüllung für eine Desinfektionswirkung vorausgesetzt werden muß. Die Desinfektionskraft dieses Verfahrens ist nicht geringer als die des Originalverfahrens. Die Veränderung besteht darin, daß die Menge des Kalium permanganicum auf 30 % der bisher üblichen Menge vermindert und als neuer reagierender Bestandteil Aetzkalk von besonders leichter Reaktionsfähigkeit verwendet wird. Diese Modifikation kann nur dann von praktischem Wert sein, wenn einerseits die erhoffte Verbilligung eintritt, und wenn anderseits durch die Neueinführung eines weiteren Bestandteils des Verfahrens nicht wesentlich kompliziert wird. Ueber beide Fragen kann nur die Praxis entscheiden. Die regelmäßige Anwendung dieses Verfahrens ist abhängig von dem Vorhandensein eines gleichmäßig gut reaktionsfähigen Kalkes. Die Aufbewahrung erfordert die Beachtung gewisser Regeln. Der Kalk muß in geschlossenen Gefäßen trocken aufbewahrt werden; er bleibt 4—6 Wochen vollständig unverändert. Dieses Verfahren wird seinen Hauptvorteil, die größte Billigkeit, am besten da zur Geltung bringen, wo eine Desinfektionszentrale eine große Zahl von Desinfektionen ausführt. Für die Desinfektion auf dem flachen Lande und in sehr kleinen Orten kommt das Kalkverfahren wohl weniger in Frage. Hier wird die Beschaffung und mehr noch die Aufbewahrung des Kalkpräparates Schwierigkeiten machen, zumal, wenn der staatlich geprüfte Desinfektor nur wenige Desinfektionen auszuführen hat. Nach dem neuen Verfahren erwachsen an Unkosten: für 2000 ccm Formalin 2,30 M., für 600 $KMnO_4$ 51 Pf. und für 2000 ccm Kalk etwa 20 Pf., zusammen also 3,01 M., d. h. die Kosten betragen nur 75 % der Kosten des alten Verfahrens. Die vorgeschlagene Modifikation des Kaliumpermanganatverfahrens wäre immerhin das billigste der bisher empfohlenen apparatelosen Verfahren.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber die Verwendbarkeit der beim Kalklöschen entstehenden Wärme für die Zwecke der Raumdesinfektion mit Formaldehyd. Aus dem k. k. hygienischen Universitäts-Institut und der städtischen Desinfektionsanstalt in Graz. Von Prof. Dr. Hans Hammerl, Amtsarzt im Stadtphysikat Graz. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 29.

Verfasser verbreitet sich in längeren interessanten Ausführungen über die Verwendung frisch gebrannten Kalkes zum Vernebeln von Formol und Wasser. Nach vielen Versuchen hat sich dem Verfasser eine Mischung von Kalk, Wasser, Schwefelsäure und Formol als sehr zweckmäßig zur Raumdesinfektion erwiesen. Als Gefäß bedient man sich eines flachen Emailschaffes, dessen Fassungsvermögen in Litern ungefähr dem Drittel der Zahl der Raumkubikmeter des zu desinfizierenden Raumes entspricht. Was die Menge Kalk betrifft, so ist für Räume bis zu 40 cbm ein Quantum von 3 Kilo notwendig, bei Räumen bis zu 80 cbm 5 Kilo und bis zu 120 cbm 6 Kilo. Die notwendigen Mengen Wasser berechnet man in der Weise, daß man etwa 1 Liter Wasser mehr nimmt, als Anzahl Kilo Kalk. Von der Schwefelsäure verwendet man soviel 100 ccm als Kilogramm Kalk. Bezüglich des Formols darf bei Räumen bis zu 50 cbm das Ausmaß von 12—14 ccm Formol pro Kubikmeter nicht unterschritten werden.

Es würde sich demgemäß für die Desinfektionspraxis folgendes Schema für die Mengenverhältnisse der notwendigen Agentien ergeben: Für einen Raum bis zu 40 cbm 1 Gefäß (Fassungsraum 15 bis 20 Liter) 3 kg Kalk, 4 Liter Wasser, 400 ccm Schwefelsäure und 300—500 ccm Formol. Für einen Raum bis zu 80 cbm 1 Gefäß (Fassungsraum 25 bis 30 Liter) 5 kg Kalk, 6 Liter Wasser, 500 ccm Schwefelsäure und 600—800 ccm Formol. Für einen Raum bis zu 120 cbm 1 Gefäß (Fassungsraum nicht unter 30 Liter) 6 kg Kalk, 6 Liter Wasser, 500 ccm Schwefelsäure und 700—1000 ccm Formol. Für einen Raum bis zu 220 cbm 2 Gefäße (Fassungsraum je 25 bis 30 Liter) je 5 kg Kalk, 6 Liter Wasser, 500 ccm Schwefelsäure und 700—800 ccm Formol. Für einen Raum über 220—300 cbm 3 Gefäße (Fassungsraum je 25—30 Liter) je 5 kg Kalk, 6 Liter Wasser, 500 ccm Schwefelsäure und 700—1000 ccm Formol.

Verfasser macht dann noch auf einzelne weitere Umstände aufmerksam, die bei Ausführung des Verfahrens zu beachten sind, teilt eine Versuchstabelle mit und konstatiert auf Grund seiner zahlreichen Versuche, daß es mit den vorher angegebenen Mengen von Kalk, konzentrierter Schwefelsäure, Wasser und Formol möglich ist, einen Raum ohne weitere Apparate sicher zu desinfizieren. In allen Fällen, in denen die übliche Menge von Formol (10—12 ccm pro Kubikmeter) verwendet worden ist, erwiesen sich die Bakterien in sämtlichen Testobjekten vollständig abgetötet. Dem Nachteil, konzentrierte Schwefelsäure verwenden zu müssen, stehen nicht zu unterschätzende Vorteile des Verfahrens gegenüber, insbesondere die außerordentliche Billigkeit, ferner die Entbehrlichkeit von Apparaten, Spiritusheizung usw.

Man kann den gebrannten Kalk auch zur apparatlosen Entwicklung von Ammoniakdämpfen in der Weise verwenden, daß man bei kleineren Räumen 2, bei größeren 3 kg gebrannten Kalk in einer Stückgröße von ca. 80—120 g in einen ca. 10—12 Liter Rauminhalt fassenden Eimer gibt, Wasser zuschüttet, so daß die obersten Stücke eben bedeckt sind und zuwartet, bis die Flüssigkeit anfängt, sich zu erwärmen. Gießt man nun soviel Wasser ab, als leicht abfließt, so entwickeln sich innerhalb kurzer Zeit kräftige Dampfwolken. Ueberschüttet man jetzt den Kalk mit einer Mischung von gleichen Teilen Wasser und Ammoniak und zwar von jedem soviel als das Quantum Formol war, das vernebelt worden ist, so geht der allergrößte Teil des Ammoniaks in den Raum über und bindet das Formaldehydgas in gleicher Weise, wie wenn das Ammoniak durch Erhitzen mit Spiritus vergast worden wäre.

Dr. Waibel-Kempten.

Ueber die Hennebergsche Formalin-Vakuumdesinfektionsanlage. Von Stabsarzt Dr. O. Mayer-Nürnberg. Desinfektion; 1912, Nr. 3.

Der Verfasser berichtet über die Versuche mit dem im dortigen Garnisonlazarett aufgestellten Apparat, den er genau beschreibt.

Im Laufe der fast 100 Versuche, die seit ungefähr 1½ Jahren im hiesigen Apparat vorgenommen wurden, stellte es sich heraus, daß für den gewöhnlichen Betrieb unter Zugrundelegung einer Durchschnittstemperatur von ca. 50° C. und Höhe des Vakuums (Durchschnitt 655 mm) bei noch nie desinfizierten Gegenständen unter eine zweistündige wirksame Desinfektionszeit nicht herabgegangen werden darf, wenn man eine sichere Wirkung erzielen will. Für leichter durchdringbare Gegenstände ist dabei allerdings ein Sicherheitszuschlag von 30 Minuten enthalten, jedoch scheint ein solcher geboten, sobald eine ärztlich-fachmännische Aufsicht bei Ausführung der Desinfektion fehlt.

Die Dauer des ganzen Desinfektionsvorganges beträgt, vom Apparatschluß gerechnet, trotz der 2stündigen wirksamen Desinfektionszeit doch nur 2¾ bis 3 Stunden, mit der Zeit vom Anheizen des Apparates bis zur Erzielung des nötigen Dampfdruckes 3½ bis 3¾ Stunden.

Was den Formaldehydgehalt betrifft, so hat Verfasser ebenso wie alle anderen Autoren gefunden, daß unter einem 8%igen Formaldehydgehalt ohne nachteilige Folgen für die Wirkung nicht herabgegangen werden darf.

Die Feststellung des Formaldehydgehaltes mittels eines Schwimmers hat sich in Uebereinstimmung mit den Erfahrungen Sobernheims und Seligmanns auch bei den diesbezüglichen hier angestellten Untersuchungen nicht bewährt, wohl aber die Formaldehydbestimmungen nach der Romijnschen Jodmethode, die später nach einer Modifikation der Auerbachschen Sulfitmethode ausgeführt wurden.

Es muß noch darauf aufmerksam gemacht werden, daß die Durchdringungskraft bei Formalinvakuumdesinfektion keine so große ist wie bei Dampf. Bei Formalinvakuumdesinfektion muß also, vorausgesetzt, daß es sich um noch nie desinfizierte Gegenstände handelt, lockere Packung und richtige Lagerung des Desinfektionsgutes beachtet werden.

Durch Verlängerung der wirksamen Desinfektionszeit kann man die Tiefenwirkung verstärken.

Eine auf die Desinfektion bezügliche Wertminderung von Lederwaren konnte nicht festgestellt werden.

Nach diesem Resultat können also in diesem Apparat auch gute im Gebrauch der Truppen befindliche Uniformstücke und Lederwaren unbedenklich

der Formalin-Vakuumdesinfektion unterworfen werden. Nötigenfalls muß man sich auf eine geringe Wertminderung unbearbeiteter und nicht entsprechend fetthaltiger Lederwaren gefaßt machen.

Die Kosten für eine Desinfektion betragen bei dem durchschnittlichen Kohlenverbrauch von $1^1/_2$ Zentner = 1,50 M., einem Wasserverbrauch von 9 cbm = 0,90 M. und bei Verwendung von 10 kg frischer Formalinlösung = 8 M., im ganzen 10,40 M.

Bei Verwendung schon gebrauchter Formalinlösung stellen sich die Kosten für Kohlen auf 1,50 M., für Wasser auf 0,90 M., für 3 kg Formalin (Ergänzung für zu Verlust gegangenes) auf 2,40 M., im ganzen also auf 4,80 M.

Die Anlage ist demnach sowohl in bezug auf Betriebssicherheit, wie hinsichtlich der Leistungsfähigkeit dem jetzigen Stande der Vakuum-Formalindesinfektion entsprechend. Dr. Wolf-Witzenhausen.

2. Gewerbehygiene.

Gesundheitsschädigung durch Amylazetat. Von Landesgewerbearzt Dr. Koelsch-München. Konkordia; 1912, Nr. 12.

Das Amylazetat vermag bei Aufnahme in Gasform verschiedene vorübergehende Gesundheitsstörungen zu veranlassen, die besonders beim Arbeitsantritt auftreten; später scheint meist eine gewisse Gewöhnung stattzufinden. Fortgesetzte Einatmung erzeugt im Tierversuche schwere Organschädigungen; analoge Erkrankungen beim Menschen scheinen bisher jedoch noch nicht beobachtet worden zu sein. Gleichwohl erscheint die Forderung möglichster Ableitung der entstehenden Gase angezeigt. Neuerdings muß den Verfälschungen bezw. Ersatzmitteln des Amylazetats vom gesundheitlichen Standpunkt aus besonderes Augenmerk zugewendet werden. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Zum Gesundheitsschutz der Färber. Von Gewerbeassessor Dr. Schürmann-Crefeld. Mitteilungen des Instituts für Gewerbehygiene; 1912, Nr. 6.

Entnebelungsanlagen sind sowohl vom Standpunkte des Gesundheits-, als des Unfallsschutzes durchaus erwünscht. Das Arbeiten in durchnäßten Kleidern, die oft noch nicht einmal gewechselt werden, führt leicht zu Erkältungen und Rheumatismus. Die Unübersichtlichkeit der Färberei infolge der Nebelbildung kann namentlich dort, wo auch Maschinen, z. B. Zentrifugen aufgestellt sind, Veranlassung zu Unfällen geben. Eine gut entnebelte Färberei fordert insofern auch das Interesse des Unternehmers, als das Dach weniger leidet und dessen Reparaturkosten infolgedessen verringert werden. Bei Färbereineubauten lassen sich Maßnahmen zur Verhütung der Nebel ohne unverhältnismäßige Kosten treffen, sofern bei der Ausführung der baulichen Anlagen darauf Rücksicht genommen wird. Dort, wo die Konkurrenzfähigkeit des Betriebes die Einrichtung einer Entnebelungsanlage durch Zufuhr erwärmter Luft nicht gestattet, ist für eine gute Isolierung des Daches und für die Möglichkeit einer ausreichenden künstlichen Erwärmung des Raumes Sorge zu tragen. Ein direkter Anschluß der Farbbottichen an die gemeinschaftliche Abflußleitung ist vorzusehen. Bei Anlegung der Türen und der zum Oeffnen eingerichteten Fenster ist darauf Bedacht zu nehmen, daß ein Durchzug kalter Luft nach Möglichkeit vermieden wird. In Stückfärbereien wird man in vielen Fällen allein durch die Anbringung von Dunsthauben über den Bottichen einen guten Erfolg erzielen. In alten Färbereien ist die nachträgliche Einrichtung einer Entnebelungsanlage in hohem Maße von den baulichen Verhältnissen abhängig. Ist die Färberei, wie meist üblich, mit einem einfachen Scheddach versehen, so bedingt die Isolierung des Daches zunächst hohe Kosten. Ein einfacher Spalierputz ist nicht verwendbar, da dieser durch die feuchte Luft zu sehr leidet und nach einiger Zeit abbröckeln würde. Eine Verschalung mit imprägnierten Brettern erscheint am geeignetesten. Die Kosten hierfür sind allerdings nicht unbeträchtlich. Schwierigkeiten werden weiter dadurch entstehen, daß der Betrieb während der Ausführung der Dacharbeiten eine Unterbrechung erfahren muß, da eine geringe Verunreinigung der Ware oder der Flotte großen Schaden verursachen kann. Ein gut isoliertes Dach, gut isolierte Wände und ein zugfreier Raum sind die Grundbedingung für eine erfolgreiche Entnebelung durch Zufuhr warmer Luft. Wo diese Voraussetzungen fehlen und nicht mehr nachträglich erfüllt werden

können, ist der Erfolg einer derartigen Entnebelungsanlage, falls es sich nicht um sehr kapitalkräftige Unternehmer handelt, bei denen die Betriebskosten keine große Rolle spielen, von vornherein in Frage gestellt. Nicht viel anders liegen die Verhältnisse bezüglich der nachträglichen Aufstellung von Heizkörpern zur direkten Erwärmung der Luft in dem Arbeitsraume. Allgemeingültige Normen lassen sich für alte Färbereien schwer geben. Die Lage des Gebäudes, seine Bauart, die Beschaffenheit der zu färbenden Stoffe, die vorliegenden Witterungsverhältnisse und nicht zum wenigsten die wirtschaftliche Lage des Unternehmers machen eine eingehende Einzelprüfung und eine Entscheidung von Fall zu Fall erforderlich. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Arbeit und die Unglücksfälle in der Industrie der flüssigen Luft und ihrer Komponenten. Von Dr. Fabri. La Medicina delle Assecurazioni sociali; 1912, Nr. 1.

Mit der Darstellung flüssiger Luft, die in neuester Zeit einen immer größeren Umfang annimmt, sind auch die Gefahren für die mit solcher Arbeit betrauten Arbeiter größer geworden. Es handelt sich dabei um die Herstellung flüssiger atmosphärischer Luft, flüssigen Sauerstoffs und flüssigen Stickstoffs. Bei der Fabrikation wird, wie des näheren auseinandergesetzt ist, eine starke Erniedrigung der Temperatur (gegen 200°), am stärksten beim Stickstoff, vorgenommen.

Die Unglücksfälle für die Arbeiter werden namentlich durch Verbrennungen und Explosionen hervorgerufen. Erstere entstehen infolge der großen Kältewirkung und ähneln den Verbrennungen durch heiße Metalle u. dergl.; doch kommen Zerstörungen 1. Grades nur selten vor, vielmehr handelt es sich meist um tiefergehende Zerstörungen (2. und 3. Grades). Charakteristisch ist das Fehlen eines lebhaften Schmerzes und die Tendenz zu schneller Heilung. Selbst bei sehr tiefgehenden Nekrosen kommt es zu baldiger Abstoßung des brandigen Gewebes und schneller Heilung.

Das Umgehen mit den Gefäßen, die die flüssige Luft enthalten, erfordert eine besondere Sorgfalt, da schon leichtes Anstoßen genügt, um die Gefäße zum Platzen zu bringen, wodurch wiederum die Arbeiter schweren Schädigungen ausgesetzt sind. Dr. Solbrig-Königsberg.

Gewerbliche Vergiftungen. Von Prof. Dr. Th. Sommerfeld-Berlin. Hygiene; 1912, Nr. 7.

Der Verfasser bezeichnet als gewerbliche Gifte diejenigen Rohstoffe, Enderzeugnisse, Zwischen- und Abfallstoffe, die bei ihrer Gewinnung, Herstellung, Entstehung und Verwendung im Gewerbebetriebe die Gesundheit und das Leben des werktätigen Arbeiters auf chemischem Wege gefährden können. Die Giftwirkung äußert sich entweder als örtliche oder entfernte Wirkung. Bei der Beurteilung der Wirkungsweise der gewerblichen Gifte darf man ferner nicht außer acht lassen, daß sie zuweilen, auch ohne charakteristisch verlaufende Vergiftungen zu erzeugen, die gesamte Konstitution ungünstig beeinflussen, die Widerstandsfähigkeit herabsetzen und eine Veranlagung für eine Reihe von Erkrankungen schaffen. Der Weg, auf dem die gewerblichen Gifte in unseren Körper einzudringen vermögen, ist ein dreifacher: der Verdauungsapparat, der Atmungsapparat und die äußere Haut. Die Ausscheidung der aufgenommenen Gifte aus dem Organismus erfolgt teilweise durch die Niere; eine mehr untergeordnete Rolle haben Schweiß und Speichel. Am wichtigsten ist die Ausscheidung durch Darm, durch den bei einzelnen Vergiftungen ein erheblicher Teil des eingedrungenen Giftstoffes wieder herausgeschafft wird.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Unfälle und Erkrankungen in der chemischen Industrie. Von Dr. Leymann-Berlin. Mitteilungen des Instituts für Gewerbehygiene Frankfurt a. M.; 1912, Nr. 2—4.

Der Verfasser bespricht 1. die Unfälle, 2. die Erkrankungen, 3. die Vergiftungen und äußeren Verletzungen in der Krankenstatistik und schließlich die einzelnen Stoffe (Teerabkömmlinge, Bleifarben, Säuren und ätzende Stoffe, Chlor, Chrom, Chinin und Phosphor, Explosivstoffe). Im Anschluß daran

erörtert er den gesetzlichen Arbeiterschutz in der chemischen Industrie und die Aufgaben der Gewerbe-Inspektion. Aus den Darlegungen geht genügend klar hervor, daß die Unfall- und Erkrankungsgefahr in der chemischen Industrie im allgemeinen keineswegs besonders groß ist. Eine tatsächliche erhebliche Gefährdung der Arbeiter durch die chemischen Stoffe selbst findet nur in wenigen Zweigen der chemischen Industrie statt. Es ist aber möglich, auch in diesen Betrieben Einrichtungen zu treffen, welche die Gefahr soweit verringern, daß sie kaum größer ist als in anderen Zweigen der chemischen Industrie. Man findet gerade neuerdings in der gewerbehygienischen Literatur manchmal statistische Abhandlungen und Arbeiten, die eigentlich nur beweisen, daß der Bearbeiter sich noch niemals über den Wert und die Bedeutung der Zahlen, die er beibringt, klar geworden ist. Sehr bedenklich sind besonders Vergleiche zwischen den Ergebnissen der Krankenkassen zweier Betriebe, die ganz verschiedenen Industrien angehören. So lange nicht genau die Leistungen der betreffenden Kassen und die Unterlagen, nach denen die Zahlen verrechnet sind, feststehen und berücksichtigt werden, sind diese fast wertlos.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Zur Bekämpfung der Nickelflechte. Von Ing. Müller-Leipzig. Blätter für Volksgesundheitspflege; 1912, Nr. 5.

Die Ekzeme entstehen durch die fast unvermeidliche Berührung der Haut des Arbeiters mit die Nickelbadflüssigkeit. Ihr Auftreten wird besonders dadurch begünstigt, daß die mit der eigentlichen Vernickelei beschäftigten Arbeiter meist gleichzeitig auch die Entfettung der Metallwaren, die sich vor dem Eintauchen in das Nickelbad notwendig macht, besorgen. Die Entfettung geschieht in der Hauptsache mit ätzenden Alkalien, wodurch die Haut an sich gereizt und zur Aufnahme der Nickelsalze vorbereitet wird. Besonders auffällig ist dabei, daß nicht nur die Körperteile in Mitleidenschaft gezogen werden, die in direkte Berührung der Badflüssigkeit kommen, sondern daß sich dieses Ekzem oft über den ganzen Körper verbreitet. Es verursacht ein heftiges Jucken der Haut, was die betroffenen Personen zum Kratzen veranlaßt, wodurch dann die Erscheinung um so heftiger auftritt. Auffällig ist, daß nicht alle Personen, die in der Vernickelei tätig sind, erkranken, daß vielmehr eine Anzahl von Personen anscheinend unempfindlich gegen Nickelsalze ist. Alle seitens der Gewerbeaufsichtsbeamten unter Unterstützung der betr. Unternehmer und zum Teil ihrer Arbeiter angestellten Versuche, eine wirksame Bekämpfung der Nickelflechte durchzuführen, erwiesen sich lange Zeit als unzureichend. Die einzigen zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln waren, daß man den Arbeitern peinlichste Sauberkeit anempfahl und sie veranlaßte, während ihrer Tätigkeit in der Vernickelei Gummihandschuhe, die auch einen Teil des Unterarmes bedecken, zu tragen. Wenn man glaubte, sich namentlich von letzterer Maßnahme gute Erfolge versprechen zu dürfen, so scheiterten diese doch wieder daran, daß die Arbeiter sich meist weigerten, die Gummihandschuhe fortwährend zu benutzen.

Die mit der von der Firma „Vereinigte Elektrochemische Fabriken Dr. Oskar Hahn in Markranstädt“ in den Handel gebrachten Verelfa-Galvaniseurseife[1]) und -Salbe[2]) erzielten Erfolge waren überraschend gute; die Anwendung dieser Präparate geschieht zweckmäßig in der Weise, daß sich die in der Vernickelei tätigen Arbeiter möglichst oft, unbedingt aber, sobald sie mit der Nickelbadflüssigkeit in Berührung gekommen sind, mittels der Verelfa-Seife gründlich waschen. Bei Beendigung ihrer Arbeit bezw. vor längeren Betriebspausen, z. B. mittags, wird erst eine Waschung mit Verelfaseife vorgenommen und alsdann werden die Hände und Unterarme mit Verelfasalbe gut eingerieben. Hauptsache dabei ist, daß weder Seife noch Salbe gespart werden. Außerdem ist natürlich zu empfehlen, daß die Arbeiter, wenigstens soweit sich dies mit ihrer Arbeit vereinbaren läßt, möglichst oft Gummihandschuhe, nicht bloß Gummifinger, benutzen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

[1]) Die Seife besteht aus Eschweger Seife, ff. Infusorienerde, Thigenol.

[2]) Die Bestandteile der Salbe sind: Zincum oxydat. pulv., Pulv. tritic., Ung. paraff., Pulv. talc., Ac. salycil., Resorc., Thigenol., Pyoctan., Alcoh. absol. und Bals. peruv.

Hygiene und Heimarbeit. Von Gewerbeinspektor K. Hauck-Wien. Konkordia; 1912, Nr. 9.

Die Gesamtheit der Heimarbeiter läßt sich in drei Gruppen scheiden. Die erste umfaßt Personen, welche die Heimarbeit im Nebenberuf ausüben. Die zweite Gruppe bilden diejenigen Heimarbeiter, die nicht nur auf eigene Rechnung und Gefahr, sondern auch für einen Fabrikanten produzieren. Sie stehen den gewerblichen Hilfsarbeitern nahe, arbeiten aber nicht in einer ihnen zur Verfügung gestellten Werkstätte, sondern in ihrer Wohnung. Zur dritten Kategorie gehören endlich alle diejenigen, die gleich selbständigen Gewerbetreibenden auf eigene Gefahr produzieren. Die dürftigen und schwankenden Einkünfte führen zu den weitestgehenden Konsequenzen. Eine der verhängnisvollsten Folgen ist die quantitativ und qualitativ mangelhafte Ernährung. Da die Heimarbeiter zufolge ihrer Arbeit meist jeder Lebenswürze beraubt sind, suchen sich die Männer wenigstens die billigste für sie erreichbare Würze zu verschaffen; diese heißt: „Alkohol“. Aus dem gleichen Grunde kennt der Heimarbeiter in sexueller Hinsicht keinerlei Ueberlegung. Außer Frauen und Kindern werden alte oder kränkliche Leute, die, wenn sie außer dem Hause ihren Erwerb finden sollten, längst nicht mehr diesem nachgehen könnten, im Heime zur Arbeit herangezogen. Das geringe Einkommen drängt den Heimarbeiter, zu sparen, wo er kann; möglichst weitgehend tut er dies bei der Wohnung. Die durch die Verhältnisse aufgezwungene geringe Reinlichkeit der Heimstätten überträgt sich naturgemäß auf den Menschen. Wie der Heimarbeiter einerseits seine Einkünfte durch Wahl einer möglichst billigen Wohnung relativ zu heben sich bemüht, so sucht er deren absolute Vergrößerung durch möglichste Ausdehnung der Arbeitszeit und durch Heranziehung aller halbwegs arbeitsfähigen Familienmitglieder zu erzielen. Ist der Heimarbeiter einmal krank, so verläuft sein Uebel ungünstiger als beim gewerblichen Arbeiter, weil er die Segnung eines Krankenkassenarztes in der Regel nicht genießt und auf eigene Rechnung zu spät oder in unzureichendem Umfang ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt. Zu den angeführten gesundheitlichen Schädigungen kommen noch die speziellen des Berufs. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Der Einfluß der Gesetzgebung auf gewerbliche Erkrankungen. Von Prof. Dr. Kaup-Charlottenburg. Archiv für soziale Hygiene; 1912, Nr. 2.

Die Arbeiterschutzgesetzgebung, insonderheit die besonderen Vorschriften für bestimmte Betriebsgruppen haben in Deutschland ebenso wie in England die Gesundheitsgefährdung der Arbeiter in den in Frage stehenden Betriebsgruppen zum Teile nicht unbedeutend vermindert. Ueber die Erfolge sind jedoch nur selten einwandfreie Anhaltspunkte zu finden. Folgende Tatsachen zwingen im Interesse einer rationellen Volksökonomie zu einer vollständigeren Durchführung der einzelnen Forderungen der Gewerbeordnungsnovelle und zu einem weiteren Ausbau der Arbeiterschutzgesetzgebung: 1. Hinsichtlich gewerblicher Vergiftungen. 2. Hinsichtlich der besonderen Gesundheitsgefährdung im Bergbau, in Eisenhütten, Walz- und Hammerwerken, wie in Staubbetrieben überhaupt. 3. Hinsichtlich der offenkundigen Ueberanstrengung und Gefährdung jugendlicher Arbeiter beiderlei Geschlechts (und auch der erwachsenen Frauen). 4. Behufs richtiger Beurteilung aller Gewerbekrankheiten und der Erfolge ihrer Bekämpfung: a) Schaffung einer verläßlichen Mortalitätsstatistik nach Berufen, Altersklassen und Geschlecht auf Grund eines Berufs-Mortalitätsschemas durch die Krankenkassen und Sammlung dieser Materialien an Zentralstellen; b) Einführung eines geregelten ärztlichen Dienstes für alle gesundheitsgefährlichen Betriebe und gefährdeten Berufe auf Grund einer Erweiterung der Dienstinstruktion der Kreis- bezw. Bezirksärzte, Bestellung besonderer Gewerbeärzte in Industriezentren und bei den Zentralbehörden; c. fallweise Einsetzung von Kommissionen zum Studium aktueller Fragen der Arbeitergesundheit.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

3. Hygiene der Nahrungs- und Genussmittel.

Hygienische Betrachtungen über das Brot und Backwerk. Von Dr. E. Gaujoux-Montpellier. Revue D'Hygiène; 1911, Bd. 33, H. 12.

Die Möglichkeit einer tuberkulösen Infektion des Darmkanals durch Brot erscheint theoretisch betrachtet keineswegs ausgeschlossen; um so weniger,

wenn man berücksichtigt, daß in Frankreich unter 100 Bäckern ungefähr 18—28 tuberkulös sind.

G. hat Versuche darüber angestellt, ob die beim Backen erzielte Hitze hoch genug ist und lange genug einwirkt, um Tuberkelbazillen, die in den Brotteig gelangt sind, abzutöten. Er kommt dabei zu dem Resultat, daß die beim Backen von Schwarzbrot erreichte Hitze genügt, um die krankmachenden Keime, sowohl in der Kruste, als auch im Innern des Brotes zu vernichten. Die dem Brotteig experimentell einverleibten Tuberkelbazillen gingen zugrunde. Man kann daher allgemein den Schluß ziehen, daß ein durch Bazillen verunreinigter Brotteig keineswegs auch immer ein gesundheitsschädliches Brot gibt.

Dagegen ist die Erhitzung der verschiedenen Backwerke sehr oft ungenügend. Man muß daher durchaus verlangen, daß in den Backstuben, wo feineres Gebäck hergestellt wird, allen hygienischen Ansprüchen genügt wird.

Man muß ferner zur Erzielung eines hygienisch einwandfreien Brotes verlangen, daß alle Verunreinigungen vermieden werden, denen das Brot auf dem Wege zwischen Backstube und Lieferantenhaus ausgesetzt ist. Man muß verlangen, daß das Brot in verschlossenen Körben transportiert und in Beuteln aufbewahrt wird. Dr. Dohrn-Hannover.

---

4. Bekämpfung des Alkoholismus.

Ueber die Notwendigkeit eines Verbotes der Herstellung, der Einfuhr und des Verkaufs von Absinth und ähnlichen Getränken. Von Dr. Jacques Bertillon. Revue D'Hygiène; 1912, Bd. 34, H. 4.

Wenn auch der Absinthkonsum in Frankreich vorläufig noch geringer ist, als der Branntweinkonsum, so ist doch die starke Zunahme des Absinthtrinkens bedenklich. Der Absinthkonsum hat sich vom Jahre 1884 bis 1900 mehr als vervierfacht. Im Jahre 1901 sank der Konsum sehr erheblich, weil der Absinth mit einer hohen Steuer belegt wurde. Immerhin ist der Absinthkonsum noch groß genug, um ein gesetzliches Verbot gerechtfertigt erscheinen zu lassen. Die Schwierigkeiten dieses Verbotes sind allerdings sehr groß. Es ist zu berücksichtigen, daß dem Staate erhebliche Einkünfte entgehen. Diese würde er allerdings wieder durch Hebung der Volkskraft gewinnen. Schwieriger ist es, den Schadenersatzansprüchen der Fabrikanten Genüge zu tun.

Dr. Dohrn-Hannover.

---

5. Rettungswesen.

Die Fürsorge für erste Hilfe in gewerblichen Betrieben. Von Landesgewerbearzt Dr. Koelsch-München. Zeitschrift für Rettungswesen; 1912, Nr. 9—10.

Bereits im Vorjahre wurden in 8 deutschen (in Bayern, Nürnberg) Ausbildungskurse für freiwillig sich meldende Betriebsangestellte abgehalten, im laufenden Jahre werden diese Unterrichtskurse (je 10 Doppelstunden) auf weitere deutsche Städte, darunter in Bayern auf München, Augsburg, Regensburg und Fürth ausgedehnt werden. Die bisherigen außerordentlich erfreulichen Erfolge lassen auch für die kommenden Kurse ein erfolgreiches Resultat erhoffen, so daß in absehbarer Zeit allenthalben in jedem größeren Betriebe kundige zur Verfügung stehen werden. Gleichzeitig erscheint die Forderung berechtigt, daß auch in den letzten Volksschulklassen, in den Fach- und Fortbildungsschulen — soweit dies noch nicht geschieht — nicht zuletzt endlich in unseren Mittelschulen derartig wichtigen Fragen mehr Beachtung geschenkt wird, daß neben den grundlegenden Tatsachen über den Bau des Menschenleibes und seiner Funktionen auch die wichtigsten Begriffe über die „Erste Hilfe bei Unfällen" in das Lehrpensum mit aufgenommen werden müssen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

6. Gefängnishygiene.

Bemerkungen über amerikanische Strafpolitik. Von Georg Stammer-Berlin. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 47, H. 1 und 2.

Verfasser hatte Gelegenheit, während des VIII. internationalen Gefängnis-Kongresses im Oktober 1910 die modernen Maßnahmen kennen zu lernen, die Amerika auf strafpolitischem Gebiet in den letzten Dezennien getroffen hat.

Ihre Grundzüge stehen unter Ablehnung des rein juristischen Standpunktes auf sozialpolitischem Boden. Man faßt das Verbrechen als eine Folge sozialer Schäden auf, daher sei es nicht durch Rache und Abschreckung zu bekämpfen, sondern durch Erziehung des Gefangenen zum freien, arbeitsamen Menschen, oder, wenn dies nicht möglich ist, durch dauernde Unschädlichmachung des Uebeltäters. Aus der Fülle des in gedrängter Kürze niedergeschriebenen Materials sind hervorzuheben die Jugendgerichte mit der absolut dazugehörigen Fürsorgeerziehung und -Ueberwachung, ferner die Rückfallbekämpfung durch Hafthaltung und instruktive Arbeitsversorgung, durch Verurteilung auf unbestimmte Zeit und bedingte Strafentlassung, sowie durch unauffällige Beaufsichtigung während dieser Zeit unter Ausschaltung der Polizei.

Diese Reformierung des Strafvollzuges nach modernen Prinzipien und die dadurch erreichten Erfolge stellen Amerika an die Spitze aller Länder.

Da es unmöglich ist, in dem engen Rahmen eines Referates alles Wesentliche wiederzugeben, so ist die Lektüre dieser Arbeit Juristen und Gefängnisärzten angelegentlich zu empfehlen. Dr. v. Mach-Bromberg.

Die Bedeutung der Bewährung bei der vorläufigen Entlassung. Von Referendar Andrae in Büdingen (Hessen). Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 47, H. 1 und 2.

Die vorläufige Entlassung soll nicht als ein Gnadenakt, nicht als eine Strafkürzung angesehen werden, sondern als eine Einrichtung des Strafvollzuges, als eine mildere Vollzugsweise der Freiheitsstrafe.

Die Beobachtung während dieser Bewährungsfrist muß jedoch den dazu absolut ungeeigneten niederen Polizeiorganen entzogen und am besten privaten Fürsorgevereinen übertragen werden, wie es in den Vereinigten Staaten mit großem Erfolge geschieht. Dr. v. Mach-Bromberg.

Besprechungen.

Dr. Magnus Hirschfeld: Naturgesetze und Liebe. Berlin 1912. Verlag von Alfred Pulvermacher & Co.

Wie jede Anziehung in der Natur beruht auch die Liebe auf Gesetzen; die Lebenserscheinungen der Liebe sind wie die anderen Lebenserscheinungen auf physikalisch-chemisches Geschehen zurückzuführen, auf Reflexe und Reize. Sitz und Organ der Liebe sind Seele, Gehirn und Nervensystem des Menschen, nicht das „Fleisch". Die Genitalorgane sind nur ein Instrument der Seele.

Verfasser zerlegt die Liebe in drei Phasen, in die zentripetale (Liebeseindruck), zentrale (Liebesspannung oder -Drang) und zentrifugale (Liebesbetätigung).

Aeußere Sexualreize treffen die Nervenendigungen der Körperoberfläche und dringen von hier aus durch die sich anschließenden Nervenbahnen in das Gehirn; hier erzeugen sie eine sexuelle Spannung, die sich periodisch zu entspannen sucht. An die Stelle der Außenreize können Erinnerungsbilder, Phantasievorstellungen treten. Diesem reflektierenden Ablauf stehen Hemmungsmechanismen regulierend gegenüber; sie werden teils durch Kontrainstinkte, teils durch Gegenvorstellungen gegeben, die auf hygienischen, ethischen, religiösen, sozialen oder anderen Gebieten liegen. Es stellt sich also die Liebe dar als ein Kampf zwischen Reflexen und Reflexionen, als ein Zusammenwirken von Instinkt und Intellekt. Der Reiz, der zur Sexualspannung führt, kann von jeder Stelle der Körperoberfläche ausgehen. Der ausgelöste Reflex ist stets ein Treppenreflex mit unendlich vielen Stufen. Die führende Rolle bei der Aufnahme der Reize spielt das Sinnesorgan, das am meisten entwickelt ist, am weitesten trägt, also beim Menschen das Auge. Die anderen Sinnesorgane stehen in zweiter und dritter Linie. Der Geruch wirkt oft warnend und hemmend (sexuale Aversion). Die Anziehungskraft geht meistens nicht von einer Person als Ganzes aus, sondern von einzelnen besonders qualifizierten Eigenschaften (sexueller Partialismus).

Die sexuellen Reize werden nach einem Sexualzentrum geleitet, das individuell verschieden und auf ganz bestimmte Eindrücke abgestimmt ist. Ob das derart beschaffene Zentrum angeboren ist oder erworben wird, ist strittig. Für erstere Annahme sprechen:

1. der Umstand, daß die Triebrichtung seit frühester Kindheit dieselbe ist (frühzeitiges Vibrieren des Sexualzentrums);

2. die Festigkeit, mit der die Triebrichtung sozusagen organisch mit der Persönlichkeit verknüpft ist: „Nur die Betätigung des Triebes, auch wohl die Triebstärke, nicht aber die Triebrichtung ist beeinflußbar". Eine beabsichtigte Einwirkung kann sich niemals an die Reflexmechanismen, sondern nur an die Hemmungsmechanismen wenden.

3. Die Sexualdifferenzierung geht, von außen völlig unbeeinflußt, nach immanenten Gesetzen vor sich; voraus geht ein indifferenzierter Zustand (Tasten, Schmecken).

4. Von dem einen Objekt, an welchem Hunderttausende achtlos vorübergehen, wird nur ein einziges Subjekt in Ekstase versetzt, d. h. nicht die Beschaffenheit des Objekts, sondern die des Subjekts, seine innere Konstitution ist ausschlaggebend.

Das Sexualzentrum wird aber nicht nur durch Außenreize in Tätigkeit gesetzt, sondern es wird auch direkt durch einen besonderen Lebenssaft gereizt, der von den Keimdrüsen und den dazu gehörigen Nebendrüsen abgesondert wird. Dies geht aus den an Sterilisierten und Kasterisierten gemachten Beobachtungen hervor (Verringerung des Triebes). Je stärker der chemische Innenreiz auf das Sexualzentrum wirkt, eines um so geringeren nervösen Außenreizes bedarf es zu seiner Erregung und umgekehrt.

Die Liebesbetätigung (zentrifugale Phase) setzt voraus:

1. eine individuell organisierte, nur für entsprechende Außenreize abgestimmte Stelle in uns selbst;

2 lebende Objekte, von denen Sinnesreize ausgehen (oder statt der direkten Reizung Erinnerungsbilder zurücklassen), für die das Sexualzentrum die assoziative Aufnahmefähigkeit besitzt;

3. ein in uns zirkulierender Reizstoff, der diese Zentralstelle durchtränkt.

Von den Reizungen ist weder die nervöse äußere, noch die chemische innere entbehrlich. Beim Fehlen der äußeren tritt vermutlich nur dunkler Geschlechtshunger, ein ziel- und steuerloser Drang ein, beim Fehlen der inneren würde es überhaupt zu keiner Sexualspannung kommen, weil die das Lustgefühl hervorrufende Rauschsubstanz fehlt. Zwischen sexueller und geistiger Leistungsfähigkeit besteht eine Wechselwirkung, eines kann das andere steigern odern auch ersetzen (psychosexuelle Aequivalente).

Die Sublimierung ist weniger als Aufsteigen aus der genitalen in die zentrale Zone (Verdrängung nach Freud) zu denken, sondern vielmehr als ein Nichtsinkenlassen seelischer Vorgänge in geschlechtliche.

Mit Recht betont Verfasser zum Schlusse, daß die Unterordnung der Liebesbetätigung unter den Willen für die Menschen zweifellos eine große Kulturerrungenschaft bedeutet.

Das klar und übersichtlich geschriebene Buch zwingt zum Nachdenken über den Wert und die Berechtigung des heutigen Moralkodexes und bietet durch die Neuheit und Originalität vieler Gedanken reichliche Anregung. Für den Gerichts- und Seelenarzt sind namentlich die Ausführungen über die Sterilisation (Verminderung der Triebstärke) und über die Bedeutung des Lebenssaftes für den Organismus interessant. Dieser Bedeutung wird ja auch von Dr. Sharp-Indiana und Dr. Oberholzer-Schweiz bei ihrer Operationsmethode der Sterilisation Rechnung getragen. Die Operation wird von ihnen so ausgeführt, daß die Keimdrüsensäfte auch nach der Sterilisation nicht verloren gehen, sondern von dem Zellgewebe und seinen Lymphgefäßen aufgesogen werden. Auch der Hinweis auf manche Aehnlichkeiten der Sexualabstinenz mit den Erscheinungen bei Entziehung von künstlichen Rauschmitteln ist sehr bemerkenswert wegen seiner eventuellen forensischen Bedeutung.

Dr. v. Mach-Bromberg.

Dr. Magnus Hirschfeld und **Max Tilke: Der erotische Verkleidungstrieb (die Transvestiten).** Illustrierter Teil. Berlin 1912. Verlag von Alfred Pulvermacher u. Co.

Der Verfasser hat die in seinem 1910 erschienenen Buche: Die Transvestiten (von mir referiert in der Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1911, S. 357) angedeutete Absicht, seinem Werke einen illustrierten Teil anzugliedern, ausgeführt.

Die Abbildungen sind gut, instruktiv und werden sicherlich das Verständnis für den erotischen Verkleidungstrieb fördern und weiteres Interesse dafür wecken. Dr. v. Mach-Bromberg.

Dr. med. A. Tilp, I. Assistent am pathologischen Institut der Universität Straßburg i. Els.: **Ueber die Regenerationsvorgänge in den Nieren des Menschen.** Jena 1912. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°, 69 S. Preis: 8 Mark.

Eine Monographie über die regeneratorischen Vorgänge in menschlichen Nieren. Regeneration kommt in kranken Nieren sehr häufig vor, hängt aber in jedem einzelnen Falle von verschiedenen äußeren und inneren Faktoren ab, so daß sich schematische Regeln für ihr Auftreten und ihre Häufigkeit nicht ableiten lassen. Dr. Roepke-Melsungen.

Prof. Dr. H. Gutzmann-Berlin: **Sprachheilkunde.** Zweite, völlig umgearbeitete Auflage. Mit 131 Abbildungen im Text. Berlin 1912. Verlag von Fischers med. Buchhandlung (H. Kornfeld). Gr. 8°, 648 S. Preis: 15 Mark.

Der als Spracharzt bekannte Autor hat in dem vorliegenden Werke seine persönlichen Erfahrungen der letzten zwei Jahrzehnte über die Störungen der Sprache mit besonderer Berücksichtigung der Therapie niedergelegt. Im allgemeinen Teil werden Physiologie, Psychologie und Entwickelung der Lautsprache, ferner die allgemeinen Grundlagen der Sprachheilkunde und die Untersuchungsmethoden sprachgestörter Patienten so anschaulich und vollständig dargestellt, daß sich auch der Neuling auf diesem Gebiete zurechtfinden kann. Der umfangreichere spezielle Teil enthält Einzelkapitel über die Sprache der Taubstummen und Schwerhörigen, über die verschiedenen Formen der Aphasien, über die Sprachstörungen bei angeborenen und in der Jugend erworbenen Defektpsychosen, ferner über Stummheit, Poltern, Stottern, Stammeln, über funktionelle und mechanische Störungen der Stimme, endlich über die systematischen Sprachstörungen bei Nervenkrankheiten und Psychosen.

Das Wissensgebiet des Spracharztes steht danach in engen Beziehungen zur inneren Medizin uud Pädiatrie und darüber hinaus zur Laryngologie, Otologie, Chirurgie, Zahnheilkunde, Neurologie und Psychiatrie. Gutzmann hat das große Material unter besonderer Berücksichtigung der Therapie verarbeitet und damit dem ärztlichen Praktiker einen zuverlässigen Berater geschaffen. Die Arbeit Gutzmanns erscheint zur rechten Zeit. In einer Zeit, in der die „Krüppelfürsorge" im Vordergrunde ärztlicher und sozialhumanitärer Betätigung steht, kann man an den Sprachkrüppeln nicht achtlos vorübergehen, um so weniger, als die Sprachheilkunde vorzügliche Erfolge aufzuweisen hat. Dem entspricht auch die erfreuliche Tatsache, daß das preußische Kultusministerium, von der Wichtigkeit und Notwendigkeit der Sprachheilkunde überzeugt, ein Universitäts-Ambulatorium für Stimm- und Sprasbstörungen in Berlin eingerichtet hat. Gutzmann ist dessen Leiter; wer ihm auf diesem Arbeitsgebiete folgen will, wird ohne den vorliegenden Führer nicht gut auskommen. Dr. Roepke-Melsungen.

Finkelstein: Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. II. Hälfte, Abteilung 2. Berlin 1912. Verlag von Fischers mediz. Buchhandlung (H. Kornfeld), Preis: 4 Mark.

F. behandelt die Ernährungsstörung des künstlich ernährten Säuglings; er betrachtet den krankhaften Ablauf des Ernährungsvorganges als Ausdruck alimentärer Schädigung. Gegenüber den Ernährungsstörungen treten die infektiösen Magen-Darmerkrankungen in den Hintergrund.

Nicht das Kuhmilchkasein, sondern die konzentrierte Molke und neben der Molke Chydrat und Fett sind an den Ernährungsstörungen schuld. Es gilt das Gesetz, daß die Wirkung eines einzelnen Nahrungsbestandteiles stets in Abhängigkeit von den übrigen gleichzeitig eingeführten Stoffen steht. Wir erhalten als Leitpunkte: die Molkenverdünnung bessert die Toleranz für die N-freien organischen Stoffe, Kasein hemmt die Chydratgärung, die Fettoleranz wird durch Herabsetzung der Chydrate erhöht, die chydratarme Nahrung erzeugt

die Gefahr der Wasserverarmung, bei Darmschädigung durch vergärenden Zucker rufen die Molkensalze Fieber hervor. F. trennt:

1. Bilanzstörung: Fettseifenstühle zeigen die isolierte Fettintoleranz; trotz reichlicher Kost kein oder nur ein unternormaler Ansatz. Besserung durch fettarme Malzsuppe, Mager- oder Buttermilch mit 2—3 % Maltose.

2. Dyspepsie: Infolge gestörter Verwertung der Chydrate zeigen sich Darmgärungen: dünne, saure Entleerungen. Bei der primären Chydratgärung geht sekundär das Fett in abnorme Säuerung über, die zu Alkaliverarmung des Körpers führt. Behandlung: Mager-, Butter-, Eiweißmilch. (Vergl. Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1911, S. 776.

3. Dekomposition (Atrophie): Die Toleranz ist gegenüber allen Nährstoffen, besonders gegen Chydrat gesunken. Chydrate erzeugen toxische Symptome, daneben ist das Kind durch Fett gefährdet; das Kasein nützt durch Hemmung der sauren Gärung. Bei der Ernährung sind Fett und Chydrat zu vermindern, daher Mager-Eiweißmilch zu verwerten. In schweren Fällen gelingt die Reparation nur mit Frauenmilch.

4. Intoxikation (Cholera infantum): Die Zellen sind unfähig die Stoffwechselvorgänge bis zu ihrem normalen Ende zu erledigen. Die Intoxikation tritt am leichtesten auf bei salz- chydratreicher Nährmischung, denn das Chydrat wirkt bei konzentrierten Molkensalzen pathogenetisch, also z. B. bei gezuckerter Buttermilch. Die intermediär entstandenen Säuren erzeugen Azidose. Die Behandlung vermeidet Chydrate und Molkensalze und reicht Eiweißmilch mit 3% Chydrat. Dr. Wilcke-Genthin.

Dr. med. Georg Knauer-Wiesbaden: **Winke für den ärztlichen Weg aus zwanzigjähriger Erfahrung.** Wiesbaden 1912. Verlag von J. F. Bergmann. Kl. 8°, 105 Seiten. Preis: 2 M.

Wir glauben den „Winken" den Weg zu jungen und alten Kollegen nicht besser ebnen zu können, als durch die Wiedergabe des Inhaltsverzeichnisses: „Die „Niederlassung. — Die Wohnung. — Zu Beginn der Praxis. — Das Wartezimmer. — Die ersten Patienten. — Allgemeines Verhalten zu den Patienten. — Die Diagnose. — Die Prognose. — Die Behandlung. — Die Zuziehung von Kollegen zur Behandlung oder Untersuchung. — Das Honorar. — Unsere Schuldner. — Die Honorierung unter Kollegen. — Das ärztliche Berufsgeheimnis. — Versicherungswesen. — Buchführung und Steuererklärung. — Reisen und Stellvertretung. — Nachträge zur ärztlichen Ethik." Ueber dem Ganzen schwebt, was in allen Einzelheiten wurzelt, des Autors Auffassung vom ärztlichen Beruf: „Arzt sein, heißt Mensch sein in des Wortes höchster und edelster Bedeutung." Dr. Roepke-Melsungen.

Tagesnachrichten.

Die vom 16.—22. September d. J. in Münster i. W. abgehaltene **84. Naturforscherversammlung** hat einen in jeder Weise befriedigenden Verlauf genommen, wenn die Zahl der Teilnehmer auch hinter derjenigen bei früheren Versammlungen etwas zurückblieb. In der Geschäftssitzung vom 19. September wurde Wien als Ort der nächstjährigen Tagung bestimmt. Als Geschäftsführer wurden Prof. Fr. Becke und Prof. Dr. v. Pirquet gewählt; zum stellvertretenden Vorsitzenden Prof. Dr. Fr. v. Müller in München. Ein ausführlicher Bericht über die Verhandlungen wird, soweit diese die Leser der Zeitschrift interessieren, in einer der nächsten Berichtsbeilage gebracht werden. Kurz erwähnt sei noch eine von der Versammlung einstimmig angenommene Resolution, in der dem Herrn Kultusminister die Bitte ausgesprochen wird, die medizinische Fakultät an der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster doch möglichst bald vollständig auszubauen.

In Graz ist auf Anregung des bekannten Kriminalisten Prof. Dr. Hans Groß ein **Kriminalistisches Institut** errichtet. Prof. Groß hat selbst die Leitung des Instituts, das ein eigenes Gebäude bekommt, übernommen.

Berufung. Prof. Dr. Kaup, Dozent an der technischen Hochschule in Berlin-Charlottenburg und Hygieniker an der Zentralstelle für Volkswohlfahrt, ist an den neubegründeten Lehrstuhl für soziale Hygiene in München berufen.

Die Zahl der **Fleischvergiftungen** hat sich in jüngster Zeit in Preußen auffallend gehäuft. In Cöln ist es zu einer Massenerkrankung mit 130 Fällen gekommen, die allerdings meist leichter Natur waren; immerhin hat es auch nicht an einzelnen schweren Erkrankungen gefehlt, ein Fall ist sogar letal verlaufen. Die Ursache war der Genuß von sog. Hackfleisch. In Merseburg sind 30 Personen infolge des Genusses von verdorbenen Rindfleisch erkrankt. Auch aus Wien wird eine Massenerkrankung im allgemeinen Krankenhause gemeldet.

Jubiläumsstiftung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins. Dem Beschlusse der diesjährigen Hauptversammlung gemäß hat sich der Vorstand der Stiftung in einem Rundschreiben an sämtliche Regierungs- und Medizinalräte mit der Bitte gewandt, ihren Einfluß doch dahin geltend zu machen, daß auch die Medizinalbeamten ihres Bezirks, die noch nicht Mitglieder der Stiftung sind, dieser beitreten möchten. Dieses Rundschreiben hat in einer größeren Anzahl von Regierungsbezirken — aus verschiedenen Bezirken stehen die Antworten noch aus — einen recht erfreulichen Erfolg gehabt, wofür der Vorstand den betreffenden Regierungs- und Medizinalräten seinen herzlichsten Dank ausspricht. Es sind neu hinzugetreten aus den Regierungsbezirken Gumbinnen: 10, Danzig: 4, Marienwerder: 2, Stadt Berlin: 6, Reg.-Bez. Stettin: 1, Köslin: 7, Magdeburg: 8, Merseburg: 3, Erfurt: 2, Stade: 6, Aurich: 2, Arnsberg: 5, Cassel: 1, Sigmaringen: 2, zusammen: 59 neue Mitglieder, so daß die Mitgliederzahl von 219 auf 278 Mitglieder gestiegen ist. Hoffentlich findet dieses Beispiel auch in den noch ausstehenden Regierungsbezirken recht viele Nachfolger; denn vorläufig ist noch immer erst die Hälfte aller aktiven Medizinalbeamten Mitglied der Stiftung geworden, die Ansprüche wachsen aber ständig.

Erkrankungen und Todesfälle an anstekenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten sind in der Zeit vom 1. bis 7. September 1912 erkrankt (gestorben) an: Rückfallfieber, Pest, Cholera, Gelbfieber, Fleckfieber, Aussatz, Tollwut: — (—); Pocken: 1 (—); Milzbrand: 4 (—); Rotz: 1 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 2 (—); Unterleibstyphus: 357 (25); Ruhr: 17 (1); Diphtherie: 1277 (79); Scharlach: 1177 (49); Kindbettfieber: 93 (25); übertragbarer Genickstarre: 6 (2); Fleisch- usw. Vergiftung: 39 (2); spinaler Kinderlähmung: 11 (—); Körnerkankheit (erkrankt): 159; Tuberkulose (gestorben): 625.

Pest. In Aegypten sind in den beiden Wochen vom 31. August bis 13. September d. J. 6 und 9 Pesterkrankungen mit keinem bezw. 4 Todesfällen gemeldet; in Hongkong vom 28. Juli bis 17. August nur noch 23 (21), davon 13 (5) (7) in Viktoria.

An der **Cholera** sind in Cagliari (Italien) in der Zeit vom 28. August bis 4. September 11 Personen erkrankt; in der Türkei (Mesopotanien) vom 20.—25. August in 13 Ortschaften 86 (89).

Notiz.

Der Herausgeber dieser Zeitschrift ist bis zum 1. November d. J. **verreist.** Wenn auch für Vertretung gesorgt ist und ihm dringende Sachen nachgeschickt werden, so bittet er doch, etwaige **Zusendungen von Manuskripten** gleichgiltig, ob Originalartikel oder Referate, Berichte usw., **bis zu seiner Rückkehr zu verschieben.** Dasselbe gilt von Anfragen, zumal ihm die für deren Beantwortung meist erforderlichen Materialien auf der Reise selbstverständlich fehlen.

Mitteilung für die Vereinsmitglieder und sonstigen Abonnenten der Zeitschrift für Medizinalbeamte.

Die etwas ablehnende Haltung der diesjährigen Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins zur **Frage des Generalregisters zur Zeitschrift für Medizinalbeamte** hat in den beteiligten Kreisen vielfach Verwunderung erregt, die namentlich nach Versendung des offiziellen Berichts in zahlreichen Zuschriften an die Redaktion Ausdruck gefunden hat. So schreibt z. B. ein Kreisarzt:

„Zur Teilnahme an der letzten Hauptversammlung in Berlin am 26. April verhindert, sehe ich jetzt aus dem offiziellen Bericht S. 109, daß auch die Frage der Abfassung eines Generalregisters zur Zeitschrift für Medizinalbeamte dort zur Sprache gekommen und leider die Herausgabe des Registers auf Widerstand gestoßen ist. Ich bedauere das aufs Lebhafteste und nehme an, auch die Mehrzahl der Kollegen mit mir, selbst eine größere Anzahl der jüngeren Kollegen; denn wer auch nur die letzten Bände hat, der hat doch bei Bearbeitung irgend einer Frage aus unserer Disziplin das lebhafteste Interesse daran, sich schnell zu orientieren, wo Material über den Gegenstand zu finden ist. Da sucht er am besten immer in der Zeitschrift für Medizinalbeamte, die doch in kompendiöser Form mit ihrem Reichtum an Referaten und Versammlungsberichten die beste Quelle ist. Wir älteren Medizinalbeamten können uns dann zwar helfen, indem wir alle die vielen Bände einzeln im Register durchstudieren, aber bequem ist dies sicherlich nicht, sondern sehr zeitraubend. Wer aber nur wenige Bände hat, der müßte schon einen älteren Nachbarkollegen die Mühe dieses Durchstöberns zumuten, was er nicht braucht, wenn er sich aus dem Generalregister die betr. Bände selbst aussuchen und nun den benachbarten Kollegen um deren leihweise Ueberlassung bitten kann. Außerdem werden viele der jüngeren Kollegen sich auch ihre Bände durch Hinzukaufen früherer Jahrgänge ganz oder teilweise vervollständigt haben.

Ich möchte mich daher dringend für Anfertigung des Generalregisters aussprechen und sowohl Redaktion als Verlagsbuchhandlung ersuchen, die beabsichtigte Herausgabe nicht fallen zu lassen, sondern zunächst eine Subskription zu eröffnen, die sicherlich soviele Teilnehmer finden wird, daß die Herausgabe auch finanziell gesichert ist."

Infolge dieser Zuschriften haben sich nunmehr Verlagsbuchhandlung und Redaktion zu Eröffnung einer solchen Subskription entschlossen und der heutigen Nummer der Zeitschrift eine **Bestellkarte** beigefügt. Die Herausgabe des Generalregisters und die Beibehaltung des außerordentlich billigen Preises von 20 Pf. für den Druckbogen oder **5—6 Mark** für das **ganze Register** kann aber nur erfolgen, wenn dieses **tunlichst von allen Vereinsmitgliedern und sonstigen Abonnenten der Zeitschrift** und zwar **unmittelbar** bei der Verlagsbuchhandlung durch die beifolgende Karte bestellt wird.

Gleichzeitig wird darauf aufmerksam gemacht, daß der **Kalender für Medizinalbeamte,** Jahrgang 1913, ebenso wie im Vorjahre in der ersten Woche des Dezembers d. J. zur Ausgabe gelangen wird. Bestellungen nimmt ebenfalls schon jetzt die Verlagsbuchhandlung entgegen. Preis: Ausgabe I für die preußischen Medizinalbeamten: **4 Mark**, Ausgabe II für die übrigen Medizinalbeamten: **3 Mark.**

Minden und Berlin, den 4. Oktober 1912.

Die Redaktion. **Die Verlagsbuchhandlung.**

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch. L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 20. Ausgegeben am 20. Oktober 1912.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,

Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch
J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 20.
und Beilage: Berichte aus Versammlungen: VI.

INHALT.

Original-Mitteilungen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

a. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten im allgemeinen.

b. Typhus.

c. Tuberkulose.

2. Säuglingsfürge.

3. Krankenanstalten.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dem Medizinalassessor beim Medizinalkollegium der Provinz-Pommern Med.-Rat Dr. Neumeister in Stettin; — als Geheimer Sanitätsrat: den San.-Räten Dr. Kuntze in Frankfnrt a. O. und Dr. Werner in Berlin; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Dr. Schmidt, Chefarzt der Heilstätte Vogelsang bei Gommern (Kr. Jerichow I.), Dr. Be-

schorner, Arzt der Fürsorgestelle für Lungenkranke in Dresden; — der Kronenorden II. Klasse: dem vortr. Rat im Kgl. Sächsischen Ministerium des Innern Geh. Med.-Rat Dr. Edelmann in Dresden; — der Kronenorden III. Klasse: dem bisherigen Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Leubus, Geh. San.-Rat Dr. Alter in Krietern (Landkr. Breslau); — der Kronenorden IV. Klasse: dem Marineassistenzarzt Dr. Christen.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung: des Fürstlich Waldeckschen Verdienstkreuzes III. Klasse: dem Prof. Dr. Klapp in Berlin.

Ernannt: a. o. Prof. Dr. Schittenhelm in Erlangen zum ordentlichen Professor in Königsberg i. Pr.

Uebertragen die kommissarische Verwaltung einer Mitgliederstelle bei dem Medizinalkollegium der Provinz Schlesien: dem Prof. Dr. Alzheimer in Breslau.

Bestätigt: Die Ernennung der Aerzte Dr. Zilkens und Dr. Thelen in Cöln zu außerordentlichen Mitgliedern und Dozenten für Zahnheilkunde bezw. Zystoskopie an der dortigen Akademie für praktische Medizin.

Gestorben: Dr. Wilmanns in Wenden (Westf.), Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Loebker in Bochum, Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. Munk, Geh. San.-Rat Dr. Jaquet und San.-Rat Dr. Jacobsthal in Berlin, Dr. Kraus in Dortmund, San.-Rat Dr. Kürten in Hermülheim bei Cöln a. Rh., Geh. San.-Rat Dr. Pyrkosch in Rybnick, prakt. Arzt Haase in Linden, Geh. San.-Rat Dr. Kühne in Steglitz, San.-Rat Dr. Becker in Deutsch-Lissa, Prof. Dr. Strehl aus Königsberg in Neubabelsberg, San.-Rat Dr. Henricy und Dr. Kreidemann in Altona (Holstein). Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bach und Prof. Disse in Marburg, Dr. Sdralek in Neustadt (Ob.-Schl.), Dr. Herzberg in Halle a. S.

Königreich Bayern.

Gestorben: Dr. Barensfeld in Amberg, Geh. Hofrat Dr. v. Diruf in Kissingen.

Königreich Sachsen.

Ernannt: Dr. Uebel zum Gerichtsassistenzarzt in Waldheim.

Versetzt: Oberarzt Dr. Heinicke in Waldheim nach Großschweidnitz, Anstaltsarzt Dr. Lange von Großschweidnitz nach Waldheim.

Gestorben: San.-Rat Dr. Benndorf in Zwickau, Hofrat Dr. Hinze in Leipzig.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen. Verliehen: Die Karl-Olga-Medaille in Silber: dem Oberamtsarzt Dr. Rembold in Waldsee, dem Prof. Dr. Gast-

par, I. Stadtarzt in Stuttgart, dem San.-Rat Dr. Landerer in Göppingen, den praktischen Aerzten Dr. Schütz in Gmünd und Dr. J. Georg Fischer in Stuttgart.

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Ernannt: a. o. Prof. Dr. Wolters in Rostock zum ordentlichen Professor in der dortigen medizinischen Fakultät.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: San.-Rat Dr. Haustaedt in Elgersburg.

Erledigte Stellen.

Königreich Bayern.

Die Bezirksarztstelle in **Oberviechtach.** Meldungen an die Kgl. Regierung, Kammer des Innern, in München.

Königreich Württemberg.

Die Distriktsarztstelle in **Oberdigisheim.** 1800 Mark Gehalt. Meldungen an das Oberamt Balingen.

Auf die der heutigen Nummer der Zeitschrift beigefügte „Bestellkarte" betr. „General-Register zur Zeitschrift für Medizinalbeamte" und „Kalender für Medizinalbeamte" (s. Tagesnachrichten S. 792) machen wir noch besonders aufmerksam.

Weiter machen wir noch aufmerksam auf eine Beilage der Firma **E. Merck, Darmstadt** über „Magnesium-Perhydrol".

---

25. Jahrg. Zeitschrift 1912.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 20.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Okt.

Die Tuberkulose und ihre Bekämpfung im Kreise Hümmling.[1])

Von Kreisarzt Dr. **Schürmeyer**-Sögel.

Der Kreis Hümmling steht seit einer Reihe von Jahren in dem zweifelhaften Rufe, der tuberkuloseverseuchteste Kreis der ganzen preußischen Monarchie zu sein. Aus diesem Grunde wurde im Jahre 1910 auf Anregung Robert Kochs und auf Veranlassung des Herrn Ministerialdirektors Dr. Kirchner Herr Prof. Dr. Jacob aus Berlin in diesen Kreis geschickt mit der Weisung, genaue Erhebungen über Grad und Umfang der Seuche anzustellen und die Hauptursachen zu ermitteln. Er hat sich dieser Aufgabe mit vieler Mühe und Umsicht entledigt und die Resultate seiner Erhebungen niedergelegt in seinem Buche, betitelt: „Die Tuberkulose und die sanitären Mißstände auf dem Lande.“ Dieses Buch enthält eine Reihe von interessanten Aufdeckungen und zeigt, daß tatsächlich die Tuberkulose im Kreise Hümmling eine ganz außerordentlich große Verbreitung gefunden hat, während anderseits die sanitären Verhältnisse durch Uebertreibungen und Verallgemeinerungen wohl in zu dunklem Lichte hingestellt sein dürften.

Seit 22 Monaten bin ich im Kreise Hümmling als Kreisarzt und prakt. Arzt tätig und habe mich in dieser Zeit mit

[1]) Nach einem Vortrage, gehalten in der Medizinalbeamten-Versammlung zu Osnabrück am 10. Juli 1912.

allen mir verfügbaren Kräften und Mitteln ebenfalls nach Umfang und Ursache der enormen Tuberkuloseverbreitung in diesem Kreise umgesehen, da diese Frage mich selbstverständlich nicht bloß als Arzt, sondern vor allem auch als zuständigen Medizinalbeamten im erhöhtem Grade interessierte. Meine seitherige 25jährige ununterbrochene Tätigkeit als praktischer Arzt im Regierungsbezirk Osnabrück sowie langjährige, durch wiederholte Teilnahme an ärztlichen Fortbildungskursen erweiterte Erfahrungen über die Tuberkulosefrage kamen mir bei Anstellung dieser Erhebungen sehr zustatten, nicht minder der Umstand, daß ich Sitten und Sprache der Bevölkerung des Hümmlings genau kenne und es mir demzufolge entschieden viel leichter war, mit der Bevölkerung Fühlung zu bekommen und ihr Vertrauen zu gewinnen, als es Prof. Dr. Jacob möglich gewesen sein dürfte. Aus diesem Grunde glaube ich auch, in die wirklichen Gesundheitsverhältnisse des Kreises einen tieferen Einblick als dieser erhalten zu haben, zumal ich auch ständig als praktischer Arzt in die Familien komme, während Prof. Dr. Jacob doch nur mehrere Wochen die hiesigen Verhältnisse studiert hat und dabei hauptsächlich auf Angaben von Geistlichen, Vorstehern und Ordensschwestern angewiesen war.

Nach meinen Ermittelungen ist nun die Tuberkulose im Kreise Hümmling sehr viel mehr verbreitet als man nach dem Jacobschen Bericht annehmen sollte; in Uebereinstimmung mit meinen beiden übrigen Kollegen des Kreises bin ich der Ansicht, daß weit über die Hälfte aller Krankheiten und Krankheitsfälle, die im Kreise zur Behandlung kommen, entweder direkt Tuberkulose sind oder mit Tuberkulose zusammenhängen. Die sehr häufigen Fälle von Lungen- und Rippenhautentzündung, die man hier jahraus, jahrein beobachtet und behandelt, sind fast sämtlich tuberlösen Ursprungs. An äußerer Tuberkulose (Knochen- und Drüsentuberkulose) habe ich in der kurzen Zeit meines Hierseins so enormes Material zur operativen Behandlung gehabt, daß dadurch meine Ansicht über die außerordentliche Ausbreitung der Tuberkulose im Kreise nur bestätigt wird. Zudem kann ich zwanzig Fälle von ausgedehntem Lupus in diesem Kreise von 18000 Einwohnern vorführen. Es ist mir deshalb unbegreiflich, wie selbst maßgebende Persönlichkeiten in und außerhalb des Kreises noch den erheblichen Grad der Verseuchung in Frage ziehen und behaupten können, es wäre im Kreise Hümmling nicht mehr Tuberkulose als in anderen Kreisen auch.

Als Ursache der vielfachen Tuberkuloseerkrankungen im Kreise Hümmling beschuldigt Prof. Dr. Jacob hauptsächlich die schlechten Wohnungsverhältnisse, während er die mangelhaften Ernährungsverhältnisse etc. nur mitbelastet. Nach meiner Meinung ist aber in erster Reihe die mangelhafte resp. verkehrte Ernährung der hiesigen Landbevölkerung schuld an dem Tuberkuloseelend; denn die Wohnungen sind doch nur zum Teil als wirklich unhygienisch zu betrachten.

Ich kann den Beweis erbringen, daß in einem Orte des Kreises, der vor 10 Jahren durch Brand zerstört wurde und für fast alle Bewohner neue Häuser bekommen hat, die Tuberkulose mehr vertreten ist, als in entsprechenden Dörfern des Kreises mit alten Häusern. Es sind allerdings die Schlafstellen in Form von Butzen ganz entschieden zu verwerfen, anderseits halte ich das in den alten Häusern noch übliche offene Herdfeuer für den besten Ventilator und besten natürlichen Desinfektor, den es überhaupt gibt. Dagegen ist die Ernährung im Kreise eine ganz außerordentlich mangelhafte und verkehrte. Gemüse und Obst werden fast gar nicht angebaut und zur Nahrung verwandt; die gute Milch wandert fast vollständig in die zahlreichen Sammelmolkerein des Kreises; für Eier und Butter wird Kaffee und Margarine eingetauscht; das Trinkwasser ist dabei vollständig kalkarm. Hiernach darf es uns nicht befremden, wenn die Kinder in so hohem Grade — fast alle — die Spuren der Rachitis an sich tragen und schon hierdurch die größte Prädisposition für Aufnahme der Tuberkelkeime in sich tragen. Schmale, enge Brust, Eingesunkensein des Brustkorbes, Verkrümmungen der Wirbelsäule sind typisch für die Bevölkerung des Kreises Hümmling. Daß infolge der schlechten, falschen Ernährung Drüsen geschwollen und Zähne schadhaft sind, liegt auf der Hand.

Ganz besonders hervorheben muß ich ferner als Grund der großen Tuberkulosestatistik die hier nachweisbare Inzucht. Der Kreis ist dem Verkehr noch wenig erschlossen; die Bevölkerung liebt ihre Heimat in selten schöner Weise, so daß es nur selten vorkommt, daß ein junger Mann seine Frau aus einem anderen Kreise, ja nicht einmal aus einem anderen Dorfe nimmt; nicht selten heiratet er sogar die ihm blutsverwandte Nachbarstochter. Es ist wohl keine Frage, daß aus diesen Verhältnissen der sog. Inzucht sich eine gewisse Degeneration der Bevölkerung ableiten läßt, die wiederum eine geringere Widerstandsfähigkeit gegen die Aufnahme des Tuberkelbacillus in sich birgt.

Anschließend an die Jacobschen Erhebungen sind im Jahre 1910 umfassende Maßregeln zur Bekämpfung der Tuberkulose in dem so sehr verseuchten Kreise getroffen. Die Zeit seit ihrer Anordnung ist allerdings noch etwas kurz; gleichwohl dürfte eine Erörterung der Frage, ob diese Maßregeln in Wirklichkeit genutzt haben und verneinendenfalls, welche weitere wirksame Bekämpfung der Tuberkulose noch zu fordern ist, nicht unberechtigt sein. Vor Beantwortung dieser Frage möchte ich nur kurz betonen, daß ich mich in meinen folgenden Ausführungen in voller Uebereinstimmung mit den beiden übrigen Aerzten des Kreises befinde.

Festhaltend an der Idee, daß die Verseuchung im Kreise im wesentlichen herrühre von den schlechten Wohnungen, forderte Prof. Dr. Jacob folgerichtig eine umfassende Wohnungsreform. Von den annähernd 3000 Wohnhäusern sollten

nicht weniger als 1400 umgebaut werden. Der Kreis als solcher sollte eine große Summe Geldes für den Zweck aufnehmen und den Leuten Darlehen gewähren. Trotzdem der Kreis für dieses große Unternehmen eine Zinsausfallsgarantie von einem menschenfreundlichen Magnaten in Höhe von 5000 M. zugesichert bekommen hatte, lehnte der Kreistag dieses uferlose Unternehmen glatt ab, so daß aus dieser projektierten Wohnungsreform als solcher nichts geworden ist. Dagegen sind eine Reihe von kleinen Leuten dazu übergegangen, aus eigenen Mitteln sich ihre Wohnungen zu verbessern, so daß in den letzten 2 Jahren im Kreise mehr neue Häuser gebaut resp. Häuser umgebaut sind, als in den vorhergehenden 10 Jahren zusammen, und ich glaube voraussagen zu können, daß in zwei Jahren eine Butze wohl nur mehr im Altertumsmuseum zu finden sein wird. Leider vermisse ich bei der Wohnungsreform, die sich durch Um- und Neubauten im Kreise vollzieht, einen wichtigen Faktor, d. i. die Mitwirkung des Kreisarztes bei Erteilungen von Bauerlaubnissen, ein Mangel, auf den ich am Schlusse meiner Ausführungen noch zurückkommen werde. — Zum Zwecke einer besser durchzuführenden Isolierung der Tuberkulösen hat Prof. Dr. Jacob in dankenswerter Weise dem Kreise vom Zentralkomitee des Roten Kreuzes die kostenlose Ueberlassung von 2 Döckerschen Baracken erwirkt, von denen die eine als provisorisches Krankenhaus in einem südlichen Dorfe des Kreises dient, während die andere beim Kreiskrankenhause in Sögel aufgestellt ist. Tuberkulöse sind jedoch bislang in der von Prof. Dr. Jacob gedachten Weise nicht in die Baracke gekommen. Sie sollten ev. bloß nachts darin schlafen und bei Tage in ihrer Familie leben und arbeiten. Um die Baracken nun nicht ganz zwecklos stehen zu lassen, bin ich auf die Idee gekommen, eine Art Kinderheim daraus zu machen. Die bei den Schuluntersuchungen herausgefundenen schwer rachitischen, skrofulösen und tuberkulösen Kinder nehme ich in gleichzeitiger Anzahl von 15 in die Baracke auf, lasse sie Soolbäder nehmen, ganz außerordentlich kräftig ernähren und eine spezifische Schmierseifenkur durchmachen. Die Kinder bleiben 4 Wochen zur Kur und verlassen die Baracke durchweg mit ganz überraschenden Erfolgen, so daß ich als Arzt selten von einer ärztlichen Leistung so sehr befriedigt gewesen bin, wie von dieser neuen Einrichtung. Die Kosten betragen 50 Mark und werden für bedürftige Kinder zum Teil aus Kreis- und Kommunalmitteln bestritten. Die Baracke ist durch Zwischenwände in drei Räume geteilt, von denen die beiden äußeren Räume als Schlafzimmer und der mittlere Raum als Speise- und Tagesraum benutzt wird. Eine Krankenschwester wohnt mit in der Baracke und leitet die Verpflegung, das Baden, die gymnastischen Uebungen und die sonstigen ärztlichen Verordnungen. Ich selbst besuche die Kinder ein bis zweimal täglich, so daß alles unter sehr genauer ärztlicher Aufsicht steht. Obwohl ich die ganze Leitung kostenlos übernommen habe, habe ich bislang viel

Freude und Dank gehabt; ich glaube auch, daß durch diese Art der Kräftigung des heranwachsenden Geschlechts tatsächlich in bezug auf Tuberkulosebekämpfung etwas Positives geleistet werden kann.

Als weitere Maßnahme zur Tuberkulosebekämpfung ist an zwei Orten des Kreises je ein kleines Krankenhaus gegründet, sowie das Kreiskrankenhaus in Sögel bedeutend vergrößert und verbessert worden. Das Kreiskrankenhaus in Sögel ist, solange ich seine Leitung übernommen habe, von einer bedeutenden Zahl von Kranken, die meistens alle innere oder äußere Tuberkulose haben, besucht worden; es ist hierdurch mancher Heilbare gesund geworden und mancher mit offener Tuberkulose für seine Umgebung in bezug auf weitere Verbreitung seiner Krankheit unschädlich gemacht. Auch die beiden neuen Krankenhäuser in Börger und Holte erweisen sich in dem soeben beregten Sinne zur Absonderung und Verpflegung von Tuberkulösen als praktisch, wenn ich auch zugeben muß, daß diese ganz kleinen Krankenhäuser, zu deren Einrichtung meistens ein altes Wohnhaus benutzt wird, im allgemeinen den Kranken hygienisch und ärztlich nicht viel mehr bieten können, als die Verpflegung im eigenen Hause.

Weiterhin ist eine ganz vorzügliche Einrichtung seit dem vorigen Jahre in der Anstellung von Schulärzten getroffen, denen in Ermangelung eines Zahnarztes ein Dentist zur Behandlung der Zähne beigegeben ist. Die drei Aerzte des Kreises haben in je einem Drittel der Schulen jährlich zweimal sämtliche Schulkinder genau zu untersuchen, darüber in eine die 8 Schuljahre umfassenden Tabelle Aufzeichnungen zu machen und dem Lehrer und den Eltern Mitteilung von besonderen Befunden zu geben. Ich bedauere sehr, daß die Schuluntersuchungen nicht in der alleinigen Hand des Kreisarztes liegen, da dieser durch nichts eine so genaue Auskunft über den Gesundheitszustand der Bevölkerung des Kreises bekommen kann als durch die periodisch wiederkehrende Untersuchung der Schulkinder. Es sind bei diesen Untersuchungen tatsächlich außerordentlich viel Schäden und Mängel bei den Kindern aufgedeckt, und haben wir Aerzte uns den Dank der Eltern in vielen Fällen verdient. Die Aufnahme der Kinder zur Soolbadekur, die ich vorhin erwähnte, erfolgt ebenfalls auf Grund der Schuluntersuchungen. Dem Dentisten wird von uns Aerzten die Art der Behandlung der Zähne vorgeschrieben und diese bei der nächsten Untersuchung kontrolliert. Die Behandlung der Zähne selbst hat ganz entschieden auf die Gesundheit der Kinder schon jetzt fördernd eingewirkt; auffallend waren seitdem namentlich Abschwellungen der Halslymphdrüsen.

Ausgehend von der Idee, besonders die Kinder im Kreise zu kräftigen und zur Reinlichkeit zu erziehen, sind im Kreise in zwei größeren Orten Schulbrausebäder gegründet, die in vorzüglicher Weise augenscheinlich gesundheitlich fördernd wirken und beim Publikum wider alles Erwarten außerordent-

lich beliebt geworden sind. Kinder sowohl, als Erwachsene benutzen die Bäder gern. Bei den ersten Bädern bin ich selbst zugegen gewesen und habe genaue Anleitung gegeben. Es war ein Vergnügen, wie man durch Anwendung von Schmierseife und Brause aus einer braunen eine weiße Rasse verwandelt sah. Diese Brausebäder hat in dankenswerter Weise Prof. Dr. Jacob dem Kreise aus ihm zur Verfügung stehenden Mitteln geschenkt. Jedes kostet 8000 Mark, was ich allerdings viel zu teuer finde. Auf Grund eigener technischer Kenntnisse und nach Rücksprache mit Sachverständigen bin ich überzeugt, daß ein Schulbrausebad, wie es in Börger und Lorup sich befindet, ganz gewiß für 4000—5000 Mark sich herrichten läßt, daß eigentlich jeder gute Klempner auf dem Lande ein solches montieren kann und keine Berliner Großfirma dazu nötig ist. Ich möchte noch bemerken, daß die Kinder wöchentlich einmal, im heißen Sommer zweimal baden und sich auf den Badetag ungemein freuen.

Das Desinfektionswesen ist im Kreise vier ausgebildeten Ordensschwestern anvertraut. Jede hat in ihrem Bezirk auf Kreiskosten bei jedem Todesfalle an Tuberkulose und dauerndem oder vorübergehendem Wohnungswechsel die Wohnung mit Formalin zu desinfizieren. Es wird gemäß dem Erlasse des Herrn Ministers jedoch das Hauptgewicht auf mechanische Reinigung der Wohnung und ihrer Möbel durch Schrubber und Bürste mit Seife und Soda gelegt. Es lassen sich ja auch tatsächlich die alten undichten Häuser schwer abdichten, so daß die Wirkung des Formalins schon aus diesem Grunde in Frage gestellt werden muß. Betten und sonstige Gebrauchsgegenstände werden in Dampfdesinfektionsapparaten zu Sögel und Werlte gereinigt. Ich kann der Bevölkerung des Kreises bescheinigen, daß sie die Einsicht gewonnen hat, wie wichtig und notwendig eine gründliche Desinfektion ist. Anderseits kann ich auch erklären, daß die Ordensschwestern sehr gewissenhaft die Desinfektionen ausführen; mehrfache Revisionen haben mich davon überzeugt.

Die vier im Kreise funktionierenden Desinfektionsschwestern haben außerdem das Amt einer sogenannten Fürsorgeschwester übernommen. Jede hat jeden Monat einmal die ihr bekannten Tuberkulösen ihres Bezirkes zu besuchen und neue ausfindig zu machen, diesen gute Ratschläge zu erteilen, sie aufzufordern, ärztliche Hülfe nachzusuchen, und auch nach der Reinlichkeit und der Isolierung der Kranken im Hause zu sehen. Jede Schwester bekommt für die Mühewaltung 500 Mark, die den Mutterhäusern zugeführt werden. Im Hauptamte sind die Fürsorgeschwestern in dem betreffenden Krankenhause als Krankenpflegerinnen tätig und besorgen nur nebenbei die besondere Fürsorgetätigkeit. Die Fürsorgeschwestern haben zum Teil eine kleine Ausbildung in Berlin bekommen, zum Teil sind sie mit den Zweigen ihrer Tätigkeit durch mich vertraut gemacht. Von einer speziellen Ausbildung, die die Fürsorge-

schwestern befähigen könnte, neue Tuberkulosefälle ausfindig zu machen resp. epidemiologische Feststellungen zu machen, kann keine Rede sein. Ich bin in der Lage, den Schwestern, was guten Willen und Fleiß angeht, für ihre Fürsorgetätigkeit ein recht gutes Zeugnis ausstellen zu können. Prof. Dr. Jacob hat sich von der Einrichtung der Fürsorgeschwestern außerordentlich viel versprochen und ich selbst habe mit denselben guten Hoffnungen die Leitung der Tätigkeit in die Hand genommen. Meine Hoffnungen haben sich jedoch leider nicht oder nur in geringem Maße erfüllt; ich muß jetzt gestehen, daß kaum ein nennenswertes Resultat aus der Fürsorgetätigkeit der Schwestern gewonnen ist. Die Fürsorgeschwestern, die in den Städten wirken, stehen in enger Beziehung zu den Frauenvereinen und ähnlichen wohltätigen Gesellschaften, bekommen von diesen Geld und andere Mittel, die sie den armen Kranken mitbringen oder überweisen können. Dieses ist hier nicht der Fall. Die Schwestern kommen stets mit leeren Händen; infolgedessen bringen ihnen die besuchten Kranken kein besonderes Interesse entgegen. Da sie eigentlich nur als Kontrolleure der Kranken fungieren und durch ihre regelmäßig wiederkehrenden Besuche das Haus des Tuberkulösen gewissermaßen als ein tuberkuloseverseuchtes kennzeichnen, sind ihre Besuche den Kranken gleichgültig, ja unsympathisch und unangenehm. Die Fürsorgeschwestern haben sich mir gegenüber nicht selten über unfreundliche Aufnahme seitens der Kranken beschwert. Was die Wirksamkeit der Krankenbesuche anbetrifft, so mag ja in wenigen einzelnen Fällen der Kranke den gegebenen Ratschlägen der Krankenschwester Folge leisten; im großen ganzen aber glaube ich nicht, daß das Publikum den Weisungen der Fürsorgeschwestern in bezug auf Heilung, Isolierung und Desinfektion großes Vertrauen schenkt. Die Fürsorgeschwestern haben selbst den Eindruck, daß ihre Tätigkeit fast gar keinen oder doch nur ganz geringen Nutzen und Erfolg hat; sie wären deshalb gern damit einverstanden, wenn sie von ihrem Amte entbunden würden. Soweit ich unterrichtet bin, würden auch die Mutterhäuser es nicht übel nehmen, wenn ihre Schwestern von den namentlich im Winter sehr strapaziösen Gängen befreit würden und sich der eigentlichen Krankenpflege ausschließlich widmen könnten.

Auf ihren monatlichen Besuchen in den Dörfern haben die Schwestern die Weisung, sich zunächst mit der in jedem Dorfe eingerichteten Fürsorgestelle in Verbindung zu setzen. Diese besteht aus Pfarrer, Vorsteher und Lehrer. Auch von diesen Fürsorgestellen habe ich mir mehr versprochen, als sie gehalten haben. In den meisten Dörfern ist mir von irgend welcher Mithülfe dieser Fürsorgestellen kaum etwas zur Kenntnis gelangt. M. E. wäre es in dem hiesigen Kreise mit der rein katholischen Bevölkerung, wo in den Dörfern neben vielen Angelegenheiten der Pfarrer die charitativen allein in der Hand zu haben wünscht und pflegt, besser gewesen, man hätte die

Fürsorgestelle allein dem betr. Ortsgeistlichen übertragen. Man muß ja auch annehmen, daß schon das Publikum nicht einem jeden Vorsteher und auch nicht einem jeden, zumal jungen Lehrer das Vertrauen schenkt, seine innersten Familienangelegenheiten denselben mit- und anzuvertrauen; dagegen gilt der Geistliche wie in der Beichte, so auch in sonstigen Lebenslagen hier als absolute Vertrauensperson. Ich glaube bestimmt, daß, wenn man dem Pfarrer allein das Vertrauen der Fürsorgestelle überträgt, dieser in ganz anderer Weise den Bestrebungen zur Tuberkulosebekämpfung sich willfährig zeigen wird. Mir persönlich ist es gar nicht selten gelungen, das Interesse und die Unterstützung dieser Herren, ja sogar Geldmittel aus ihren Fonds oder aus ihrem Privatvermögen zu erlangen; deshalb wird es mein Bestreben sein, mit den Herren Geistlichen in diesem Sinne zusammen weiter zu wirken, da es mir absolut klar ist, daß im Einvernehmen mit ihnen recht viel, ohne sie wenig oder gar nichts zu erreichen ist.

Hiermit sind die Maßnahmen zur Organisation der Tuberkulosebekämpfung erschöpft. Ich darf nur noch hinzufügen, daß auf mein Betreiben der Kreis sich dem Medizinaluntersuchungsamt in Münster angeschlossen hat. Das Amt wird zur Feststellung von Tuberkelbazillen außerordentlich viel in Anspruch genommen.

Eine Reihe praktischer Maßnahmen ist somit bereits getroffen, von denen m. E. nach eine günstige Wirkung auf die Dauer zu erwarten steht; daß aber schon in absehbarer Zeit in die Augen fallende Erfolge hierdurch bei der kolossalen Verseuchung des Kreises erzielt werden dürften, ist kaum anzunehmen. Von den sonstigen Forderungen, die m. E. für den Kreis Hümmling zu einer wirklich wirksamen Tuberkulosebekämpfung noch notwendig sind, dürfte in erster Linie eine Lungenheilstätte zu nennen sein, die bisher im Regierungsbezirk Osnabrück fehlt, obgleich dieser den größten Prozentsatz an Tuberkulösen aufweist. Schon vor einem Jahre habe ich mich deshalb an S. Durchlaucht, den Herzog v. Arenberg gewandt, der mir mit großem Interesse für die Sache entgegengekommen ist und in Aussicht gestellt hat, ev. ein passendes Gebäude in seinem herrlichen Besitz Clemenswerth bei Sögel abzutreten, falls die Regierung, Landesversicherungsanstalt und die Provinz sich auch an dem Unternehmen beteiligen würden. Es wäre daher zu wünschen, daß die Königliche Regierung in Osnabrück mit dem menschenfreundlichen Magnaten in dieser Sache weitere Verhandlungen anbahnte. Diese Heilanstalt, die geradezu eine idealschöne Lage bekäme, könnte gleichzeitig auch für die übrigen Kreise des Regierungsbezirks, wenigstens für die nördlich gelegenen, nutzbar gemacht werden.

Ein ganz außerordentlich wirksames Mittel zur Bekämpfung der Tuberkulose dürfte ferner die Uebernahme der ärztlichen Behandlung sämtlicher Lungenkranken auf öffentliche Mittel sein. Es würden hierdurch alle

Lungenkranken, selbst alle verdächtigen Fälle bekannt werden und frühzeitig zur Behandlung kommen. Gerade der Umstand, daß ein Lungenkranker im Anfangsstadium behandelt wird, würde von der allergrößten Bedeutung sein; denn es ist bekannt, daß auch die Heilanstalten nur wirkliche Erfolge haben bei Erkrankungen im Anfangsstadium, während vorgeschrittene Fälle die Heilanstalt in der Regel ohne Erfolg wieder verlassen. Es ist eine tägliche Erscheinung, daß der Kassenpatient, der die Behandlung gratis hat, in allen Krankheitsfällen sofort zum Arzt schickt und dadurch vielen Krankheiten vorbeugt. Ebenso würde es auch bei unentgeltlicher ärztlicher Behandlung der Tuberkulösen werden und hierdurch manche Heilung erzielt werden, die sonst durch Verzögerung und Verschleppung später nicht mehr möglich ist. Außerdem muß man bedenken, daß die stets wiederkehrenden Besuche und die damit verbundenen Ratschläge und Anordnungen der Hausärzte von außerordentlicher Wirksamkeit gegen Weiterverbreitung und Uebertragung der Krankheit sein würden; denn der Hausarzt besitzt im allgemeinen das unbedingte Vertrauen der Bevölkerung. Es könnte nun eingewendet werden, durch die regelmäßigen Besuche der Häuser seitens der Aerzte würde ebenso wie durch die Fürsorgeschwester ein Haus zu sehr als tuberkuloseverseuchtes kenntlich gemacht werden. Dies wird aber durchaus nicht der Fall sein, da ja der Arzt ein Haus wegen aller möglichen, auch nicht tuberkulösenKrankheiten besucht. [1])

Sollte sich eine solche unentgeltliche ärztliche Behandlung der Tuberkulösen wegen ihrer Finanzierung vorläufig noch nicht ermöglichen lassen, so halte ich es zum mindesten für erforderlich, daß der Kreisarzt in besonders verseuchten Kreisen, wie der Kreis Hümmling es ist, durch Vollbesoldung so gestellt wird, daß er neben seinen übrigen amtlichen Obliegenheiten vorwiegend sich der Bekämpfung der Tuberkulose widmen kann. Durch seine Vollbesoldung und das dadurch bedingte Ausscheiden aus der eigentlichen Praxis würde er vor allem aufhören, der bevorzugte Konkurrent der übrigen Aerzte zu sein, und infolgedessen eine wesentliche Besserung seiner Beziehungen zu den praktizierenden Aerzten herbeigeführt werden. Er würde ein erhöhtes Vertrauen bei den Aerzten gewinnen und imstande sein, diese anzuregen und zu gesteigerter Tätigkeit in hygienischer Beziehung anzuspornen. Anderseits würde er durch Beratungen und Untersuchungen, ohne Entgelt dafür

---

[1]) Ich möchte nicht verfehlen, auf zwei hochinteressante Abhandlungen aus der Feder des Herrn Geh. Rats Dr. Springfeld-Osnabrück, der die sanitären Verhältnisse des Hümmlings genau kennt und mit dem ich den Vorzug hatte, mich eingehend über diese zu besprechen und zu beraten, hinzuweisen. Ich kann ihre Lektüre angelegentlichst empfehlen; ihr Titel lautet: 1. „Landarzt und Tuberkulosebekämpfung"; erschienen im Aerztlichen Vereinsblatt für Deutschland, Jahrg. 1912, Nr. 870 und 871. 2. „Der Kampf mit den menschlichen Tuberkelbazillen und seine Organisation in ländlichen Kreisen"; erschienen in der Aerztlichen Sachverständigen-Zeitung; 1912, Nr. 13.

zu fordern, der wirkliche Vertrauensmann des Publikums. Der Kreisarzt dürfte in diesem Falle allerdings nicht die Tuberkulosebekämpfung in seinem Bureau betreiben, sondern er müßte recht viel in die einzelnen Dörfer gehen und dort an Ort und Stelle in den Häusern durch Beratungen und Anweisungen sich den einzelnen Familien dienstbar erweisen. Die Familien des Hümmlings sehen derartige Besuche, zumal wenn sie nichts kosten, gern und sind in ganz außerordentlicher Weise bestrebt, eine wirklich herzlich gemeinte Gastfreundschaft zu erwidern. Eine ganz besondere Tätigkeit könnte der Kreisarzt als vollbesoldeter entfalten in dem Halten zahlreicher Vorträge, die jedoch weniger in Versammlungen gehalten werden müssen, die nur von der Elite der Bevölkerung besucht werden, sondern vielmehr in solchen der niedrigeren Bevölkerungsschichten, da diese besonders von der Tuberkulose befallen und meistens in vollständiger Unkenntnis über das Wesen, die Uebertragung und die Heilbarkeit der Krankheit sind. Ich habe schon jetzt zahlreiche Vorträge gehalten und den Eindruck gewonnen, daß die Leute viele Winke mit nach Hause nehmen und befolgen. Ich lasse durch den Ortspfarrer Sonntags nach dem Nachmittagsgottesdienst an einem Sonntag die Männer zusammenrufen und an dem darauf folgenden die Frauen und lege ihnen in diesen Vorträgen Reinlichkeit, zweckdienliche Ernährung, Verbesserung und Lüftung ihrer Wohnungen ans Herz, mache sie außerdem auf die Gefahren der Uebertragung, die meines Erachtens hauptsächlich in dem arglosen Ausspucken des Auswurfs in ihrer Umgebung bestehen, eindringlich aufmerksam. Die ländliche Bevölkerung ist nach meinen genauen Beobachtungen tatsächlich zu wenig aufgeklärt über die Art und die Gefahren bei der Tuberkulose. Aus diesem Grunde habe ich auch sehr oft Vorträge gehalten in dem gegründeten Verein für Jugendpflege sowie in den Schulen im Anschluß an meine Schuluntersuchungen, ausgehend von dem Grundsatz: „Wer einen Greis lehrt, schreibt ins Wasser; wer ein Kind lehrt, schreibt in Granit“.

Ferner ist für den Kreisarzt eine außerordentlich wirksame Tätigkeit bezüglich der Tuberkulosebekämpfung gegeben in der Betätigung einer energischen Schulhygiene. Der Kreisarzt müßte 2 Mal im Jahre sämtliche Schulen revidieren und gleichzeitig die Schüler genau auf ihren Gesundheitszustand untersuchen. Er würde in den 8 Schuljahren somit 16 Mal jedes Kind genau untersuchen und hierdurch ein genaues Bild von dem Gesundheitszustand der Schüler und damit der ganzen Bevölkerung gewinnen. Bei den Kindern, bei denen er Beanstandungen der Gesundheit findet, würde er selbstverständlich auch sich in dem Elternhause nach den Wohnungsverhältnissen und dem Gesundheitszustande der Eltern und Geschwister umsehen, und ev. Verbesserungen und Maßnahmen den Eltern vorschlagen. Durch epidemiologische Feststellungen der Tuberkulose würde es der Kreisarzt dahin bringen können, über den

Grund ihrer weiten Verbreitung ein außerordentlich wertvolles statistisches Material zu liefern.

Zum Schluß möchte ich noch auf einen schon beregten Punkt, der die Wohnungsfrage betrifft, zurückkommen. Bei Um- und Neubauten müßte zur Erteilung der Bauerlaubnis dem Kreisarzt der Plan vorgelegt werden. Mit dem Plan in der Hand müßte er an Ort und Stelle sich Terrain und die Familie, Zahl und Gesundheitsverhältnisse der Mitglieder ansehen, um hiernach genügend viel und genügend große Wohn- und Schlafräume zu fordern. Was nutzt ein neues Haus, wenn die Familienmitglieder ebenso eng zusammengepfercht werden, als in der alten Wohnung. Diese Beteiligung des Kreisarztes an der Genehmigung der Baupläne für menschliche Wohnungen halte ich im Kreise Hümmling nach sehr genauen Beobachtungen für unerläßlich.

Diese umfassenden und erweiterten Tätigkeiten seitens eines vollbesoldeten Kreisarztes dürften gerade im Kreise Hümmling von unübersehbaren günstigen Folgen sein. Man muß wohl bedenken, daß bei der enormen, räumlichen Ausdehnung des Kreises nur 18000 Einwohner vorhanden sind, und daß sich daher noch große Flächen, die zurzeit unkultiviert daliegen, der Kultur zugänglich machen ließen, wenn nur eine genügende Zahl gesunder, arbeitsfähiger Menschen vorhanden wäre. Der Zuzug von außen ist fast gleich Null; anderseits der Verlust an Menschen durch die einzige im Kreise herrschende Seuche ein enormer. Nur durch eine energische Bekämpfung der Tuberkulose und Verbesserung der sanitären Verhältnisse läßt sich die Bevölkerung an Zahl und Arbeitskraft heben und auf diese Weise aus dem steuerschwachen ein steuerkräftiger Kreis schaffen.

Wenn man bedenkt, wie enorme Summen an Nationalvermögen, wie große Arbeitskräfte die verheerende Seuche der Tuberkulose dem preußischen Staate raubt, so sollte man endlich dazu übergehen, in energischer Weise die Tuberkulose zu bekämpfen. Zu jedem Kampfe gehört Geld und passende Kämpfer. Es werden zu landwirtschaftlichen Meliorationen, zur Hebung der Viehzucht sehr bedeutende Summen hergegeben, warum sollten nicht auch endlich einmal genügende Summen bereitgestellt werden zu dem edelsten Kulturzwecke, der Erhaltung und Gesundung der Menschen? An Streitern in dem Kampfe fehlt es zudem nicht; sie stehen an Qualität und Quantität genügend zur Verfügung in den Aerzten mit dem Kreisarzte an der Spitze. Ich bin überzeugt, wenn der Versuch gemacht würde, auf 3—5 Jahre die ärztliche Behandlung der Tuberkulösen auf Staatskosten zu übernehmen, den Kreisarzt durch Vollbesoldung unabhängig von der Praxis zu machen und dadurch zu befähigen, in besonders verseuchten Kreisen seine ganze Tätigkeit auf die Aufklärung des Volkes zu lenken, daß dann schon in 2—3 Jahren ganz außerordentliche Erfolge erzielt werden könnten.

Sind die durch das preuss. S.-G. vom 28. August 1905 zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten vorgeschriebenen Schluß-Desinfektionen speziell bei Diphtherie, Scharlach, Typhus zur Einschränkung dieser Krankheiten von Erfolg gewesen oder nicht, sind event. davon Erfolge zu erwarten?

Von Medizinalrat Dr. **Litterski,** Kreisarzt in Mayen.

Es ist zwar erst ein Zeitraum von 6 Jahren verflossen, seitdem die vorgeschriebenen Desinfektionen (hauptsächlich Formalindesinfektion) zur Anwendung gelangen, also ein Zeitraum von dem man sagen könnte, daß er nicht groß genug sei, um die Erfolge oder Nichterfolge beurteilen zu können. Immerhin glaube ich, daß man auch jetzt schon daraus gewisse Schlüsse ziehen kann. Diese Frage ist meines Erachtens um so mehr erörterungsbedürftig, als unsere bakteriologische Wissenschaft die Kenntnisse über die die Krankheiten verursachenden Bakterien, speziell bei Diphtherie und Typhus, sich wesentlich erweitert hat. Zur Zeit der Gesetzgebung ist man hauptsächlich davon ausgegangen, daß die schädlichen Keime besonders in und an den erkrankten Individuen hafteten, und von diesen aus die Gegenstände in der Umgebung infiziert würden, da man noch nichts wußte von den sogenannten gesunden Bazillenträgern und genesenen Dauerausscheidern. Seitdem sind von der Wissenschaft andere Grundsätze aufgestellt. In der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege vom 13. bis 15. September 1911 in Dresden wurde z. B. der Standpunkt vertreten: Für die Beendigung der Isolierung und Vornahme der Schlußdesinfektion darf nicht die klinische Genesung, sondern nur der negative Ausfall der bakteriologischen Untersuchung nach erfolgter klinischer Genesung maßgebend sein. Wie lange aber Bazillen bei an Diphtherie erkrankt gewesenen Kindern oder sonstigen Personen noch gefunden werden, beweisen die Untersuchungen von Dr. Sommerfeld[1]); danach sind selbst nach 4 bis 6 Jahren Bazillen bei Kindern gefunden, die einmal Diphtherie gehabt haben. Ebenso ist die Zahl der gesunden Menschen mit Diphtheriebazillen eine recht erhebliche. Dasselbe gilt bei den an Typhus erkrankt gewesenen Personen, die jahrelang vorübergehend Dauerausscheider bleiben; gelegentlich sind auch bei Sektionen Typhusbazillen in der Gallenblase gefunden worden.

Bei dieser wissenschaftlichen Sachlage gehen die Ansichten über den Wert der Schlußdesinfektionen im allgemeinen dahin, daß sie wenig nützen. Prof. Dr. Tjaden-Bremen[2])

[1]) Verein für die innere Medizin und Kinderkrankheiten: Sitzung vom 11. Dezember 1911, Berlin.

[2]) XXXV. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

verspricht sich von den Schlußdesinfektionen wenig; sie dienten höchstens der Erziehung zur Reinlichkeit; in Bremen hat man daher, abgesehen von besonderen Fällen, die Schlußdesinfektion aufgegeben. Geh. Hofrat Prof. Dr. Gärtner-Jena erklärt, daß es auf die laufende und nicht auf die Schlußdesinfektion ankomme. Dr. Kleinknecht-Braunschweig berichtet, daß in seiner Heimatstadt bei einer starken Diphtherieepidemie alle zur Eindämmung angewandten Mittel an der Schwere der Krankheit und an der Dauerausscheidung der Bazillen scheiterten. Gegen die Dauerausscheider und die gesunden Bazillenträger sind wir zurzeit machtlos, werden es noch lange Zeit voraussichtlich sein und vielleicht für immer bleiben; denn schon aus sozialökonomischen Gründen wird man diese Personen nicht alle ins Krankenhaus zur Beobachtung und Behandlung schicken können etc. Ueber die Dauer der Ansteckungsfähigkeit bei Scharlach kann man sich orientieren in einem am 26. Februar 1912 gehaltenen Vortrage des Prof. Dr. Baginski-Berlin in dem Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde — paediatrische Sektion — über Infektionsdauer des Scharlachs. Danach kann die Dauer 6—8 Wochen, ja 3—4 Monate anhalten, selbst wenn vollständige Abschuppung erfolgt ist etc. Kinder, die erst nach 6—8 Wochen vollständig gesund aus dem Krankenhause entlassen worden sind, haben nachher in derselben Familie weitere Erkrankungen verursacht.

Das Fazit der bisherigen wissenschaftlichen Forschung und der praktischen Beobachtung und Erfahrung ist das, daß der Wert der Schlußdesinfektionen und Desinfektionsmethoden (hauptsächlich Formalin) als gering zu bezeichnen und höchstens als eine große Reinigung anzusehen ist. Wir haben aber als Medizinalbeamte nicht nur die Pflicht, darauf zu achten, daß die gesetzlichen Vorschriften zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten angewandt und ausgeführt werden, sondern wir haben meines Erachtens auch das Recht, als denkende Menschen die Errungenschaften der Wissenschaft zu verfolgen, in die Praxis umzusetzen und zu beobachten, ob und inwieweit die aus der Wissenschaft gezogenen Schlüsse und Maßnahmen berechtigt sind oder nicht, ob sie Erfolge gehabt haben oder nicht, ob sie eventuell nicht abänderungsbedürftig sind.

Man sagt: Zahlen sprechen, beweisen. Deshalb führe ich die Zahlen von Diphtherie-, Scharlach- und Typhuserkrankungen an, wie sie im Kreise Mayen seit 1905 (Einwohnerzahl 1905: 76303, 1910: 80780) zur amtlichen Kenntnis gelangt sind:

a) Diphtherie:

	Erkrankungen	Todesfälle
1905	116	11
1906	98	11
1907	77	5
1908	44	4
1909	48	6
1910	81	12
1911	206	21 (heißer Sommer).

b) Scharlach:

	Erkrankungen	Todesfälle
1905	126	12
1906	36	3
1907	100	5
1908	62	2
1909	71	2
1910	47	4
1911	103	2 (heißer Sommer).

c) Typhus:

	Erkrankungen	Todesfälle
1905	71 (darunter 43 in d. Prov.-Irr.-Anst.)	6
1906	25	2
1907	39	4
1908	59	8
1909	37	1
1910	24 (darunter 8 in Irrenanst. St. Thomas)	5
1911	101	10 (heißer S.).

Aus den angeführten Erkrankungszahlen der 7 Jahre ist ein Schwanken ersichtlich. Auf höchste Steigung folgte eine Abnahme der Erkrankungen spez. bei Diphtherie und Scharlach. Nachdem in einem Jahre alle empfänglichen Kinder durchseucht waren, sank die Zahl, um wieder anzusteigen, nachdem die empfänglichen Kinder herangewachsen waren. Ein Erfolg der Schlußdesinfektionen auf die Abnahme der Erkrankungen ist nicht wahrzunehmen, wiewohl in den letzten Jahren immer mehr Schlußdesinfektionen ausgeführt worden sind zwar in den Jahren:

1910		1911	
bei Diphtherie	52	bei Diphtherie	194
„ Typhus	22	„ Scharlach	12
„ Scharlach	27	„ Typhus	93
„ Tuberkulose †	48	„ Tuberkulose †	59
„ Sonstigen	30	„ Sonstigen	30
im ganzen	179	im ganzen	310

Zahlen für die früheren Jahre liegen nicht vor. Aus der Zusammenstellung ist ersichtlich, daß die Schlußdesinfektion bei Diphtherie und Scharlach nicht vollständig, bei Typhus jedoch vollständig durchgeführt ist. Mit Rücksicht hierauf könnte man einwenden: Da die Schlußdesinfektionen bei Diphtherie und Scharlach nicht vollständig zur Durchführung gelangt sind, können sie auch einen wesentlichen Erfolg nicht gehabt haben. Mag sein, aber ich bezweifle es schon auf Grund des angeführten Vortrages von Prof. Dr. Baginski.

Wie wenig wir mit der Isolierung, Schlußdesinfektion spez. bei Diphtherie erlangt haben, beweist eine unlängst erschienene Statistik des Statistischen Landesamtes über Diphtherieerkrankungen und Todesfälle aus den Jahren 1902—1911:

Die Zahl der Erkrankungen an Diphtherie ist in Preußen von 54848 im Jahre 1902 bis auf 83821 im Jahre 1910 und auf 96839 im Jahre 1911, sowie in Berlin von 1485 im Jahre 1902 auf 6061 im Jahre 1910 gestiegen; die Zahl der Sterbefälle ist dagegen in den Jahren 1902 bis 1910 im Staate von 14175 auf 9683 gefallen, in Berlin jedoch von 239 auf 695 angewachsen. Auf 10000 Lebende berechnet stieg die Verhältniszahl der Erkrankungen im Staate von 15,41 im Jahre 1902 auf 20,87, im Jahre 1910 und in Berlin von 7,68 im Jahre 1902 auf 28,58 im Jahre 1910; die Verhältniszahl der Gestorbenen ist im Staate von 4,05 im Jahre 1902 auf 2,45 im Jahre 1910

gesunken, dagegen in Berlin in derselben Zeit von 1,25 auf 3,11 gestiegen. Daraus ergibt sich, daß wohl im Staate die Mortalitätsziffer (sie betrug im Jahre 1876 16,33 °/ooo) eine kleinere geworden ist, nicht aber in Berlin.

Also haben wir bezüglich der Einschränkung in der Verbreitung dieser Krankheit selbst nichts erreicht; die Verminderung der Sterblichkeit haben wir aber hauptsächlich der Anwendung von Diphtherieserum zu verdanken, wiewohl es auffallend ist, daß in Berlin selbst die Sterblichkeit trotz des Serums zugenommen hat, obgleich in den großen Städten, spez. in Berlin die Isolierung und Schlußdesinfektion noch schärfer angewandt werden, als in den ländlichen Kreisen.

1911 hat die Diphtherie in einer Ortschaft von 3540 Einwohnern des hiesigen Kreises das ganze Jahr hindurch geherrscht. Es sind da allein 79 Diphtherieerkrankungen vorgekommen. Desinfiziert wurden dort von Anfang an alle Wohnungen. Indessen die Epidemie hörte nicht eher auf, als bis die empfängliche Jugend davon vollständig durchseucht war (gleicht dem von Dr. Kleinknecht angegebenen Falle). Das Bürgermeisteramt dieser Ortschaft hat allein 180 Schlußdesinfektionen ausführen lassen (81 bei Diphtherie, 14 bei Typhus, 13 bei Tuberkulose); die betreffenden Familien mußten jedoch die Kosten bezahlen.

Nach dem bisherigen wissenschaftlichen Standpunkte, wo nicht nur die an Diphtherie erkrankt gewesenen Personen wochen-, ja monatelang Bazillenausscheider sein können, sondern auch gesunde Personen Bazillenträger sein können, ist und muß jede Schlußdesinfektion erfolglos bleiben, weil eben die Keime weniger an den Gegenständen als vielmehr in und an den betreffenden Personen haften. Ferner wird doch meist nur das eine Krankenzimmer desinfiziert, während die Keime in allen Wohnräumen durch die Bazillenträger verbreitet sein können. Wenn die Schlußdesinfektion Sinn, Zweck und Erfolg haben soll, müßte sie nicht eher stattfinden, als bis nicht nur die krank gewesenen Personen, sondern auch die gesunden Personen auf Bazillenfreiheit im Rachen zu wiederholten Malen (mindestens zweimal) untersucht und tatsächlich bazillenfrei befunden worden wären. Während dieser Zeit können aber durch den Verkehr (denn die Genesenen und die Gesunden kann man und wird man von dem Verkehr mit anderen auf Wochen nicht abschließen können) so und so viele Infektionen erfolgen.

Noch schlimmer ist es bei Scharlach mit dem noch unbekannten Kontagium. Die Kranken stehen nach überstandenem fieberhaften Zustande auf, bewegen sich in allen Räumen, auf der Straße, verkehren mit den Kindern im Hause, mit anderen Familienkindern, sind hauptsächlich während des Abschuppungsstadiums infektiös und bleiben es selbst nach der Abschuppung. Erst nach Ablauf dieses Stadiums erfolgt die Schlußdesinfektion und wird meist auf ein Krankenzimmer beschränkt. Wieviel Infektionen können während dieser Zeit erfolgen! Also auch hier eine Schlußdesinfektion ohne Aussicht auf Erfolg!

Beim Typhus hat die Schlußdesinfektion nur dann Zweck

und Erfolg, wenn der Kranke sofort ins Krankenhaus geschafft wird oder während der Krankheit im Hause eine geschulte Krankenpflegerin die Behandlung, Pflege und fortlaufende Desinfektion leitet. Wird die Behandlung und Pflege von Angehörigen besorgt, so erfolgen meist Kontaktinfektionen in der Familie; denn die Angehörigen befolgen wohl anfangs die Anweisungen, Belehrungen, vernachlässigen sie aber im weiteren Verlauf, spez. in der Rekonvaleszenz, so daß während dieser Zeit ein Mitglied der Familie nach dem andern erkrankt, bis die ganze Famllie durchseucht ist. Und dann erst erfolgt nach Monaten die obligate Schlußdesinfektion!

Zweck und Erfolg haben die Schlußdesinfektionen nur dann, wenn die Kranken sofort ins Krankenhaus übergeführt werden und die Schlußdesinfektion à tempo ausgeführt wird. Bei Typhus ist dies durchführbar; bei Scharlach und Diphtherie gesetzlich nicht.

Wenn nun gesagt wird, die Schlußdesinfektion habe doch einen Zweck: sie gewöhne die Leute an Reinlichkeit, so meine ich, daß diese große Reinmacherei billiger als durch Formalindesinfektionen bewirkt werden kann; denn jede Schlußdesinfektion mit Formalin kostet (Stadt und Land) im Durchschnitt gerechnet mindestens 10—15 M. Im Kreise Mayen sind 1910: 179, 1911: 310 Schlußdesinfektionen ausgeführt; das macht à 15 M. gerechnet eine Ausgabe von 2685 bezw. 4650 M. In anderen Kreisen, wo gewiß noch intensiver desinfiziert wird, dürften die Kosten erheblich höher sein. Im preußischen Staate belaufen sich demnach die von den Einwohnern der Kommunen verausgabten Summen schon bei diesen drei übertragbaren Krankheiten auf Millionen Mark.

Meines Erachtens könnte man diese schöne Summe besser und vorteilhafter verwenden, entweder für Wohlfahrtseinrichtungen, z. B. für Schularztstellen, Jugendfürsorge, Säuglingsernährung usw. oder für hygienische Einrichtungen, z. B. für Entwässerungen von Ortschaften, Verbesserung der Brunnen- und Grubenanlagen, Verbesserung der Wohnungen.

Will man die Familien durch die Schlußdesinfektion an Reinlichkeit gewöhnen, so mag man meinetwegen unter Aufsicht eines geprüften Desinfektors Reinigung des Fußbodens mit Seife, Abseifen der Möbel, Wände, Auskochen der Wäsche etc., also eine rein mechanische Desinfektion vornehmen lassen, was denselben Zweck erfüllen würde und weit weniger kostspielig wäre. Wir wollen doch ehrlich sein und dem Volke nicht etwas vorspiegeln und kostspielige Maßnahmen aufoktroyiren, von deren Wert wir selbst nach dem Stande der Wissenschaft nicht mehr überzeugt sein können.

Nicht zu verkennen ist noch ein Punkt bei der jetzigen Schlußdesinfektionsmethode, nämlich der, daß die Leute die großen Kosten scheuen, deshalb oft Diphtherie- und Scharlach-Erkrankungen verheimlichen und den Arzt erst dann rufen, wenn entweder der Krankheitszustand sehr ernst wird oder

bereits mehrere Kinder erkrankt sind. Dadurch wird aber der Verbreitung der Krankheiten noch mehr Vorschub geleistet.

Die Zeiten ändern sich, die Ansichten ändern sich namentlich in der medizinischen Wissenschaft, und sinngemäß müssen wir als denkende und praktische Männer dem jeweiligen Standpunkte der medizinischen Wissenschaft entsprechend nicht nur unsere Ansichten, sondern auch unser Handeln ändern und entsprechende Anregung geben zur Aenderung bestehender Maßnahmen und Bestimmungen, die durch die Wissenschaft widerlegt und sich durch die Erfahrung nicht bewährt haben, zumal wenn die Maßnahmen Tausende kosten ohne sichtlichen Erfolg und diese Tausende, auf andere Weise verwandt, schöne Früchte tragen könnten.

Schlußfolgerung.

1. Die bisherigen Schlußdesinfektionen und Methoden bei den übertragbaren Krankheiten haben nur dann Sinn, Zweck und Erfolg, wenn die Erkrankten sofort ins Krankenhaus gebrackt oder isoliert werden im Hause unter Leitung einer geprüften Krankenpflegerin und die Schlußdesinfektion sofort erfolgen kann und erfolgt.

2. Die Schlußdesinfektionen, namentlich bei Scharlach und Diphtherie, haben, wenn die Kranken in der Familie verbleiben, keinen Zweck, keinen Erfolg, wenigstens nicht den, der ihnen zugeschrieben wird und der den angewandten Kosten entspricht.

3. Eine einfache mechanische Reinigung der Wohnung unter Aufsicht eines Desinfektors würde denselben Zweck erfüllen und viel billiger sein.

4. Wenn man die bisherige Art und Weise und den Zeitpunkt der Schlußdesinfektionen beibehalten will, dann müßten die Kosten von den Gemeinden oder Kreisen getragen werden.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

a. Bakteriologie und Bekämpfung der Infektionskrankheiten im allgemeinen.

Ueber makroskopisch latente Meningitis und Encephalitis bei akuten Infektionskrankheiten. Von S. Oseki. Zieglers Beiträge; Bd. 52, H. 3.

O. hat 26 Fälle von Individuen untersucht, die an Infektionskrankheiten verstorben waren und zum Teil intra vitam meningitische Erscheinungen gezeigt hatten, z. T. aber auch nicht. Die Untersuchungen ergaben nun, daß in allen diesen Fallen mikroskopisch Veränderungen in den weichen Häuten und in der Gehirnsubstanz nachweisbar waren, selbst wenn bei der Sektion makroskopische Veränderungen nicht bemerkt wurden. Es ergibt sich aus diesen Untersuchungen die außerordentlich häufige Mitbeteiligung des Gehirns und der weichen Häute bei Infektionskrankheiten; die Veränderungen bestehen in zellig entzündlichen Infiltrationen und z. Teil in Blutungs- und Nekrosenherden in der Hirnsubstanz, ferner in perivaskulären Infiltraten etc. Dr. Merkel-Erlangen.

Biologische Probleme und Methodik bei der Bekämpfung der Stechmücken. Von Kreisarzt Dr. Boerschmann-Bartenstein. Gesundheit; 1912, Nr. 12.

Man muß bis in die kleinsten Details mit der Lebensweise der blutsaugenden Mückenarten bekannt sein, wenn man sie erfolgreich bekämpfen will. Verfasser steht nicht auf dem Standpunkt Grünbergs, daß sich zwischen den blutsaugenden und den nicht blutsaugenden Stechmückenarten keine scharfe Grenze ziehen läßt. Seiner Meinung nach ist die Entstehung von blutsaugenden Arten sicher als etwas Besonderes aufzufassen; gerade die biologischen Untersuchungsmethoden und ihre Resultate sind geeignet, mit Erfolg in der chemischen Forschung verwandt zu werden. Die Erforschung der Ursache des Blutsaugens der Stechmücken und die Voraussetzungen dazu von Seiten der warmblütigen Geschöpfe, das ist der Schlüssel zur Lösung der Mückenfrage. Zur Klärung der Frage über die Rolle, die den überwinternden Stechmückenweibchen in bezug auf die Erhaltung der Art tatsächlich zukommt, wäre von Wichtigkeit, das Verhältnis der Geschlechter in den befruchteten Eiern festzustellen. Ein gewisser Wert im Hinblick auf die heutigen Bekämpfungsmethoden der Stechmücken liegt ferner in der Feststellung des Mückenfluges. Aus höheren biologischen Gesichtspunkten allgemeiner Natur sind begründete Zweifel zu setzen in Erfolge, die mit Hülfe von Vögeln gegen die Imagines und von Fischen, Fröschen, Käfern, Salamandern gegen die Mückenbrut erwartet werden. Ohne Frage steht es aber fest, daß wir sog. Mückenjahre haben. Es liegt nahe, hier an ein biologisches Prinzip zu glauben, das allgemein gilt, gewöhnlich aber nicht zutage tritt. Die Lösung des Problems der Blutaufnahme durch die Stechmückenweibchen, die sicher möglich ist, hat nun aber einen eminenten, sofort nutzbar zu machenden praktischen Wert; denn sie bedeutet überall wo man es will, eine vollständige Beseitigung der Mückenplage.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

b. Typhus.

Ueber die Antityphus-Impfung. Von Prof. H. Vincent, médecin principal de l'armée; membre de l'académie de médecine. Val de Grâce, Paris. The journal of state medicine; XX, Juni 1912, Nr. 6.

Im Anschluß an die Referate in dieser Zeitschrit 1911, S. 320 und 703, sei erwähnt, daß der Autor 1908 vom französischen Kriegsminister mit dem Studium der Typhusschutzimpfung beauftragt und auf seine Anregung die Impfung in Algier, Tunis und Marokko als fakultative Maßnahme durchgeführt wurde. Er impfte 129 Soldaten mit dem Wrigt-Leishmannschen Impfstoff, 154 mit dem polyvalenten nach seiner Methode dargestellten Vakzin. Bei den europäischen Soldaten, die nicht geimpft wurden, traten 171 Typhusfälle (auf 2632 Mann) auf mit 22 Todesfällen; die nach Wrigt vakzinierten blieben, bis auf einen Fall, gesund; die nach seiner Methode behandelten hatten keinen Typhusfall. Neuerdings wurde der polyvalente Impfstoff in Algier während einer Epidemie, dann auch in Paris Erwachsenen und Kindern eimgeimpft. Nie trat eine Prädisposition zu Typhus, nie eine Verschlimmerung im Inkubationsstadium, nie eine Störung bei 2000 bisher geimpften Personen auf.

Weitere Vorteile werden sich ergeben, wenn man 1. Antigene benutzt, die sich durch ihre Darstellungsweise am meisten lebenden Vakzins nähern; wenn man 2. auf ihre Darstellung das Prinzip der Polyvalenz anwendet, das sie möglichst spezifisch macht; 3. 4 oder 5 Einspritzungen in 8tägigen Zwischenräumen verabreicht und dabei die Menge des Schutzstoffs allmählich vermehrt, wodurch keine Unannehmlichkeiten erzeugt werden, da die letzten Injektionen nicht empfunden werden; 4. es empfiehlt sich eine Revakzination, zu der 1 oder 2 Injektionen genügen.

Die Schutzimpfung ist Aerzten, Studierenden und Krankenpflegern, Offizieren, Soldaten und Reisenden anzuraten. Familien, die unter ihren Gliedern Bazillenträger zählen, beugen durch die Schutzimpfung einer Typhusinfektion am sichersten vor.

Dr. Mayer-Simmern.

c. Tuberkulose.

Ueber die biochemische Grundlage der besonderen Disposition des Lungengewebes zur tuberkulösen Erkrankung. Von Dr. M. Weiss-Wien. Wiener klinische Wochenschrift; 9. Mai 1912, Nr. 19.

1. Das Lungengewebe ist sowohl beim Menschen, wie beim Tiere als zur tuberkulösen Erkrankung besonders disponiert anzusehen.

2. Diese Hinfälligkeit des Lungengewebes dem Tuberkelbacillus gegenüber ist in einer biochemischen Eigentümlichkeit dieses Gewebes begründet.

3. Die bisherigen Erklärungsversuche für die besondere biologische Stellung des Lungengewebes haben sich als ungenügend erwiesen, das in Frage stehende Problem zu lösen.

4. Aus den Untersuchungen über den Oxydasegehalt des Lungengewebes ergibt sich, daß das Lungengewebe sehr arm an Oxydase ist.

5. Diese Armut an Oxydase entspricht der Bindegewebsnatur der Lunge, ihrem geringen Zell- und Kernreichtum und wahrscheinlich einer besonderen Anpassung an ihre sauerstoffübertragende Funktion.

6. Der Tuberkelbacillus findet in einem Gewebe mit herabgesetzter oxydativer Kraft einen günstigen Nährboden; denn frühere eigene Arbeiten des Verfassers haben ergeben, daß das Wesen der Disposition zur Tuberkulose in einer geringen oxydativen Kraft der Gewebe liegen müsse.

7. Diese Bedingungen vereinigen sich beim Lungengewebe mit der schlechteren Ernährung durch die Zufuhr ungenügend mit Sauerstoff versorgten Blutes.

8. Die Sauerstofforte der Zelle — Kern und Oxydasen — sind als jene Stellen anzusehen, in denen sich der Kampf zwischen dem Tuberkelbacillus und einen Giften einerseits und der Zelle anderseits abspielt.

Dr. Dohrn-Hannover.

Die Beziehungen des Tuberkelbacillus vom Typus humanus und des Typus bovinus für die Schwindsucht des Menschen. Von Prof. Calmette in Lille. Revue d'Hygiène; 1912, Bd. 34, Jahrg. 4.

C. faßt seine Ausführungen in folgenden Leitsätzen zusammen:

Für gewöhnlich infiziert nur eine einzige Bazillenart die Säugetiere, insbesondere das Rind und den Menschen. Durch eine lange Reihe von Generationen, die in dem Organismus derselben Tierart fortlebt, vermag der Tuberkelbacillus bestimmte spezifische Charaktereigenschaften zu gewinnen, die durch morphologische und physiologische Abweichungen zum Ausdruck kommen (Typus bovinus und Typus humanus). Die so gewonnenen Eigenschaften sind veränderlich.

Diejenigen Tuberkelbazillen, die sich dem Organismus des Rindes angepaßt und den Typus bovinus erworben haben, sind sehr virulent für die Pflanzenfresser. Sie sind wenig virulent für den Menschen; aber, häufig und in großen Dosen aufgenommen, sind sie in manchen Fällen fähig, den Menschen zu infizieren, besonders im jugendlichen Alter.

Die Bazillen, die sich dem Menschen angepaßt haben, besonders aber diejenigen, die von Lungenkranken stammen, sind selten virulent für das Rind. Sobald sie den Typus humanus erworben haben, haben sie im allgemeinen die Fähigkeit verloren, bei dem Rind erhebliche Erkrankungen zu verursachen. Eingeimpft oder verschluckt bringen sie lokale Störungen oder in den Drüsen Veränderungen hervor, die im allgemeinen ohne Schaden verlaufen. Dagegen haben diese Bazillen vom Typus humanus eine große Ansteckungsfähigkeit für den Menschen. Der Beweis ist durch die Häufigkeit und die Schwere der tuberkulösen Infektionen geliefert, die man in denjenigen Ländern beobachtet, wo die Rindertuberkulose nicht existiert und wo die kleinen Kinder niemals mit Kuhmilch ernährt werden.

Wenn man auch nicht daran denken kann, die Bekämpfungsmaßregeln zu unterlassen, die den Zweck haben, das Kind gegen den Typus bovinus zu schützen, so muß doch die antituberkulöse Prophylaxe hauptsächlich darin bestehen, die Ansteckung von Mensch zu Mensch und besonders die Ansteckung in der Familie zu verhüten. Die größte Gefahr für den Menschen — Erwachsenen oder Kind — ist das Zusammensein mit Kranken, die an offener Tuberkulose leiden. Diese Lungenkranken verursachen die häufig wiederholten

und massenhaften Infektionen, denen selbst der bestgeschützte Organismus auf die Dauer nicht widerstehen kann. Dr. Dohrn-Hannover.

Ueber kongenitale Tuberkulose. Von Prof. Dr. A. Dietrich. Berliner klinische Wochenschrift; 1912, Nr. 19.

Verfasser bespricht kurz die Anschauungen über die Häufigkeit der kongenitalen Tuberkulose und teilt einen eigenen Fall mit. Eine Frau stirbt 8 Tage nach dem sie ein frühreifes Kind geboren hatte, an Miliartuberkulose. In der Plazenta lassen sich tuberkulöse Veränderungen nicht nachweisen, wohl aber finden sich in dem mit Antiformin hergestellten Auszug zahlreiche Tuberkelbazillen. Das Kind wird unmittelbar nach der Geburt von der Mutter getrennt und entwickelt sich zunächst bei künstlicher Ernährung ganz gut. Nach einigen Wochen beginnt es leicht zu fiebern, nimmt allmählich an Gewicht ab und stirbt nach 3 Monaten. Die Obduktion ergibt Tuberkulose. Das Kind ist offenbar plazentar infiziert worden; bemerkenswert ist, daß es zunächst ganz gut gedieh und erst nach 3 Monaten ad exitum kam. Dr. Meinicke-Hamburg.

Kindheitsinfektion und Schwindsuchtsproblem. Von Kreisarzt Dr. Hillenberg-Zeitz. Tuberkulosis; 1912, Nr. 3.

Bei der Betrachtung der Frage des Zusammenhangs zwischen kindlicher Tuberkulose-Infektion und der Phthise Erwachsener sind nicht nur pathologisch-anatomische Beobachtungen und experimentelle Ergebnisse biologischer Art, sondern mehr wie bisher das soziale Moment sowie epidemiologisch-statistische Feststellungen zu berücksichtigen. Sowohl die Resultate diesbezüglicher Untersuchungen, als auch pathologisch-anatomische Ueberlegungen führen zu dem Schluß, daß die Phthise Erwachsener in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle mit hoher Wahrscheinlichkeit unabhängig von tuberkulöser Kindheitsinfektion entsteht. Bei der Bekämpfung der Tuberkulose ist nach wie vor in erster Linie die Verhütung der Infektion Erwachsener anzustreben, was durch Isolierung des im vorgeschrittenen Krankheitsstadium befindlichen Phthisikers mehr als bisher zu geschehen hat. Durch rechtzeitige Entfernung des tuberkulösen Vaters, namentlich aber der schwindsüchtigen Mutter aus der Familie wird auch die gefährliche familiäre Infektion der jugendlichen Familienmitglieder verhütet und die Tuberkulose der Kinder am besten bekämpft werden.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Eintrittspforten und die Verbreitung des Tuberkelbacillus im Körper. Von Prof. A. Calmette in Lille. Revue d'Hygiène; Bd. 34, H. 4, vom 20. April 1912.

Die Schwere der tuberkulösen Ansteckung beim Menschen ist abhängig von folgenden Umständen:

1. Sie ist abhängig von der Tierart, aus der die Bazillen stammen. Wenn die Bazillen z. B. von den frischen Herden eines lungenkranken Menschen stammen, sind sie sehr viel schädlicher für einen gesunden Menschen, als es Tuberkelbazillen sind, die vom Rinde stammen. Neue Arbeiten bestätigen die Unschädlichkeit der Tuberkelbazillen des Rindes für den Erwachsenen und deren geringe Virulenz für das Kind.

2. Die Virulenz ist abhängig von den äußeren Verhältnissen, denen die Tuberkelbazillen vor der Infektion unterworfen waren, d. h. von der längeren oder kürzeren Einwirkung der Luft, des Lichtes, der ultravioletten Strahlen der Sonne, der Austrocknung etc.

3. Die Schwere der Infektion hängt ab von der Zahl der eindringenden Tuberkelbazillen, sowie von der Dauer der Intervallen und der einmaligen oder wiederholten Einverleibung. Unter günstigen Verhältnissen vermögen die Abwehrkräfte der Zellen des Körpers dem Gesamtorganismus jenen Grad von Widerstandsfähigkeit erneuten Infektionen gegenüber zu verleihen, den sonst latent Tuberkulöse besitzen.

4. Die Schwere der Infektion hängt davon ab, ob der befallene Mensch bisher vollkommen frei von Tuberkulose, oder ob er bereits mit Tuberkelbazillen infiziert war. Dr. Dohrn-Hannover.

Wissenschaftliche Grundsätze, die zurzeit als Basis der sozialen Verteidigung gegen die Tuberkulose dienen müssen. Von Dr. A. Calmette, Directeur de l'institut Pasteur, Lille. The journal of state medicine, Jan. 1912, XX, Nr. 1.

So bekannt die Leistungen und die Ansichten des Autors sind, so verdienen doch aus der zusammenfassenden Darlegung einige Sätze hervorgehoben zu werden. Der Bacillus bovinus ist für den Menschen sicher sehr wenig virulent, der Bacillus humanus fast ohne Virulenz für das Rind. Der Bacillus der Vogeltuberkulose ist nur auf Vögel und kleine Säugetiere übertragbar, der der Fischtuberkulose für die Vögel unschädlich. Viele Tiere und viele Menschen können selbst im Blute Tuberkelbazillen beherbergen, ohne daß für ihre Existenz ein ernster Schaden sich ergibt. Zur Entstehung tuberkulöser Läsionen bedarf es mehrfach wiederholten Eindringens einer genügend großen Zahl von Bazillen in den Lymph- oder Blutkreislauf. — In den Städten sind im Alter von 5 Jahren mehr als 55 °/₀ der Kinder schon infiziert. Diese Läsionen können sich indessen auf Veränderungen der Drüsen beschränken, dauernd latent bleiben und ihren Trägern sogar einen Schutz gegenüber späteren Reinfektionen verleihen, so daß solche Menschen von den schweren, rapid verlaufenden Tuberkuloseformen verschont bleiben.

Die Tuberkulose ist eine soziale Krankheit. Wenn die Regierungen, die öffentlichen Verwaltungen ihre Pflicht täten, wenn jeder die Infektionsquellen kennen würde, sie unterdrücken oder vermeiden wollte, so würde die Tuberkulose zwar nicht vor Ablauf mehrerer Jahrhunderte verschwinden, sie würde aber so selten werden, wie die Lepra unserer Tage.

Für die Uebertragung der Tuberkulose kommt für alle Lebensalter besonders der Verdauungstraktus in Betracht. Die ingerierten Bazillen durchsetzen die Darmwand, werden bald von Leukozyten aufgenommen, dringen mit diesen in die Drüsenfilter ein und gelangen von hier mit der Lymphe in das Blut. Wenn diese Leukozyten absterben, erzeugen sie Embolien in den Kapillaren, besonders in denen der Lungen, und lösen die Bildung tuberkulöser Granulationen aus.

Der Milch tuberkulöser Tiere kommt für die Verbreitung der Tuberkulose keine wesentliche Bedeutung zu.

Die v. Pirquetsche Reaktion bietet keinerlei Unannehmlichkeiten oder Gefahren; in den Familien und Schulen sollten schon junge Kinder von Zeit zn Zeit der Kutireaktion unterworfen werden, da sie für die Diagnose von größtem Werte ist. Dr. Mayer-Simmern.

Klinischer Wert der Ophthalmoreaktion auf Tuberkulin. Von Mongour und Fouquet. Réunion biologique de Bordeaux. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII; 1912, Nr. 22.

Die Autoren halten die Ophthalmoreaktion für eine Verteidigungsreaktion, ebenso wie die Agglutination beweglicher Bazillen durch das Serum von Tuberkulösen. Intensiv und lang dauernd ist die Reaktion in Fällen akuter serofibrinöser Rippenfellentzündung anf tuberkulöser Grundlage. Sie ist schwach und dauert nur kurz bei fiebernden Tuberkulösen mit Herzbeschleunigung, überhaupt bei solchen Kranken, die sich nur schlecht gegen ihr Leiden wehren; oft ist sie hier negativ. Für die Prognose ist sie daher von großem Wert; diagnostisch ist ihre Bedeutung geringer. Dr. Mayer-Simmern.

Ueber Tuberkulinimpfungen nach v. Pirquet bei Schulkindern. Von Schularzt Dr. Wimmenauer-Mannheim. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1912, Nr. 4.

Verfasser erörtert zunächst kurz die biologischen Vorgänge, durch die die Bildung des Tuberkulolysins zustande kommt; die bei der ersten tuberkulösen Infektion — der fast jeder Mensch anheimfällt, ohne ernstlich zu erkranken — während des Heilungsprozesses absterbenden und zur Resorption kommenden Bazillen regen die Bildung eines sogenannten Antikörpers an, der die Eigenschaft hat, bei einer weiteren Infektion die Bazillen aufzulösen und unschädlich zu machen. Dieser Auflösungsprozeß, durch den die Krankheit verhütet wird, läßt giftige Zerfallsprodukte frei werden, die an der Stelle der Infektion eine Gewebsentzündung hervorrufen. Bei Einverleibung des

Tuberkulins verhält sich nun der Körper in gleicher Weise, nur daß außer der Entzündung am Ort der Erkrankung oft noch eine allgemeine Reaktion in Gestalt von Fieber auftritt. Bei der v. Pirquetschen Hautimpfung beschränken sich die Erscheinungen auf eine Entzündung an der Impfstelle; es ist ohne weiteres klar, daß die Entzündung nur eintreten kann, wenn der Körper tuberkulös ist; fällt die Impfung negativ aus, so kann man mit Sicherheit annehmen, daß der Körper tuberkulosefrei ist. Jedoch läßt der Stärkegrad der Reaktion keinen sicheren Schluß über die Intensität der Infektion und das Stadium der Erkrankung zu, vielmehr müssen dazu alle modernen Faktoren, vor allem die klinischen Erscheinungen, mit in Betracht gezogen werden.

Die Tuberkulinimpfung bei Schulkindern gibt einmal einen allgemeinen orientierenden Blick über die Verbreitung der Tuberkulose unter ihnen, außerdem hat sie eine besondere Bedeutung für das einzelne Kind, sobald der Ausfall der Impfung mit dem klinischen Bild in Beziehung gesetzt wird; sie ist dann ein wertvolles Hilfsmittel der individuellen medizinisch-klinischen Diagnostik.

In Mannheim wurden von 236 tuberkuloseverdächtigen Kindern von 6 bis 15 Jahren Impfungen mit 25prozentigem Alttuberkulin nach v. Pirquet vorgenommen. Der Tuberkuloseverdacht gründete sich in den meisten Fällen auf das subjektive Krankheitsbild und den objektiven Befund; es handelte sich in den meisten Fällen um anämische, schlecht genährte Kinder mit mehr oder weniger großen Halsdrüsenschwellungen. 145 Kinder waren erblich belastet, 76 stammten aus nachweisbar gesunden Familien. Die Auskultation ergab in 43 Fällen normale Verhältnisse, in 116 Veränderungen an den Lungenspitzen, in 35 Fällen allgemeine katarrhalische Veränderungen der Bronchien.

Das Ergebnis der Impfung, die Reaktion, war bei 136 Kindern = 57,6 °/₀ positiv, bei 100 = 42,4 °/₀ negativ; die Mädchen überwogen bei der positiven Reaktion mit 8,8 °/₀. Mit dem zunehmenden Alter des Kindes zeigte sich eine ziemlich konstante Zunahme der Reaktionen, so daß am Ende der Schulzeit 20—75 °/₀ der verdächtigen Kinder positiv reagierten gegen 33¹/₃ °/₀ am Beginn der Schulzeit. Von der Gesamtzahl der positiv reagierenden Kinder stammten 73,2 °/₀ aus tuberkulöser Familie; auch ist aus der beigegebenen Tabelle zu ersehen, daß die tuberkulose Gefährdung um so größer ist, je inniger die Beziehungen zwischen Kind und tuberkulöser Verwandschaft sind; bei Tuberkulose beider Eltern betrugen die positiven Reaktionen 80, bei Erkrankung der Mutter 70,7, bei Erkrankung des Vaters 61,5 °/₀ u. s. f. — Eine Beziehung zwischen objektivem Befund und Reaktion war nachweisbar; waren keine Lungenveränderungen festzustellen, so waren positive und negative Reaktionen gleich häufig, während bei Spitzenveränderungen die positiven Reaktionen bedeutend überwogen.

Nach dem Grade der entzündlichen Erscheinung an der Impfstelle wurden drei Grade der Reaktion unterschieden; von den stark positiven Kindern waren 75,5 °/₀ erblich belastet und zeigten zugleich klinisch nachweisbare tuberkulöse Veränderungen. Dagegen entsprach eine negative Reaktion nicht zugleich einem negativen klinischen Bild; denn unter 100 negativ reagierenden Kindern waren 52 aus tuberkulöser Familie; bei 42 waren Spitzenveränderungen, bei 16 bronchitische Erscheinungen nachweisbar. Dies bestätigt, daß längst nicht alle Lungenveränderungen mit Sicherheit als tuberkulös anzusprechen sind. In einzelnen zweifellos deutlich tuberkulösen Erkrankungen blieb die Reaktion aus nicht verständlichen Gründen aus.

Bei Bewertung der Reaktion für die Diagnose spricht Verfasser dem negativen Ausfall eine höhere Bedeutung zu als dem positiven; denn das negative Kind darf, zumal bei wiederholter Impfung, für den Tuberkuloseverdacht vollkommen ausscheiden. Doch ist der positive Ausfall, gewertet im Rahmen der allgemeinen medizinischen Gesamtbeurteilung, sicher auch von großem Wert, da er den Schularzt lehrt, die Entwicklung des Kindes ganz besonders genau zu überwachen. Auf jeden Fall ist also die von Pirquetsche Tuberkulinimpfung ein unentbehrliches Mittel der ärztlichen Tuberkuloseforschung.

Dr. Solbrig-Königsberg.

Die soziale Bekämpfung der Tuberkulose. Von Kreisarzt Dr. Hillenberg-Zeitz. Konkordia; 1912, Nr. 9.

Daß der Rückgang der Volksseuche nur dem energischen und planvollen Zusammenwirken einer Reihe von bedeutsamen Faktoren zu verdanken ist.

unterliegt keinem Zweifel. Neben der Entdeckung ihres Erregers und der sich daran anschließenden spezifischen Bekämpfung — der unsterblichen Verdienste unseres großen Koch sei hier gedacht — übte die in die Jahre 1882—1886 fallende Aera der sozialen Gesetzgebung wohl die hervorragendste Wirkung aus. So fraglos und über jeden Zweifel erhaben der Nutzen der Aufwendungen für die übrigen antituberkulösen Einrichtungen ist, so wenig sicher bewiesen scheinen die Erfolge der Heilstätten hinsichtlich der unmittelbaren Schwindsuchtsbekämpfung zu sein. Direkt von einem Fiasko der Heilstättenbewegung zu sprechen, dürfte angesichts der Tatsache etwas zu weit gegangen sein, daß einmal ihre nationalökonomische Bedeutung betreffs Erhaltung bezw. Wiederherstellung von Arbeitskraft für Familie und Staat nicht aus der Welt zu schaffen, sondern auch ein gewisser prophylaktischer Wert ihnen nicht abzusprechen ist, weniger durch Unterbringung und Unschädlichmachung offener Tuberkulösen, als durch wenigstens passagere Verminderung der Infektionsmöglichkeit infolge Behandlung der geschlossenen Tuberkulösen. In der Tat knüpfen die weiteren Fürsorgemaßnahmen unmittelbar an die Heilstättenbehandlung an. An erster Stelle ist die Familienfürsorge zu nennen. Wird hierdurch die Schwindsucht mehr indirekt bekämpft, so erhielt die soziale Fürsorge am Anfange des neuen Jahrhunderts eine neue der Tuberkuloseverbreitung wieder direkt entgegentretende Richtung durch die Gründung der ersten Fürsorgestellen für Tuberkulöse. Die Fürsorgestellen sind eines der wichtigsten Kampfesmittel gegen die Tuberkulose. Besonders die Erfahrungen der Fürsorgestellen über die Isolierungsmöglichkeit der schwer Infektiösen in ihren oft mehr als beschränkten Behausungen lösten auch bei uns, wie das in anderen Ländern längst geschehen, Bestrebungen aus, die offenen Tuberkulösen, deren häusliche Verhältnisse einer Sanierung nicht zugänglich waren, aus der Familie herauszunehmen und in besonderen Heimen zu isolieren. Die Unterbringung der Kranken in allgemeinen Krankenhäusern hat von Jahr zu Jahr zugenommen. Der Mangel bezw. das Fehlen von Isolierungseinrichtungen für Schwertuberkulöse regte aber immer wieder auf Versammlungen und Kongressen zu erneuten Verhandlungen und Vorschlägen an, da ihre Schaffung das unumgänglich notwendige Schlußglied in der Kette der eigentlichen Bekämpfungsmaßnahmen darstellt. Die Lösung kann nur in der Erfüllung folgender Bedingung gefunden werden, die teilweise von den verschiedensten Autoren bereits gestellt worden sind: 1. Die betreffenden Anstalten — in großen Städten Sonderspitäler, in kleineren und auf dem Lande Sonderabteilungen in besonderen Pavillons, beide ausgestattet mit allen Einrichtungen für das physikalisch-diätetische Heilverfahren, müssen Kranke aller Stadien aufnehmen. 2. Die Versicherungsanstalten müssen diese Tuberkulosespitäler und Abteilungen neben den Heilstätten fortlaufend zu Kuren benutzen. 3. Die Unterbringung der Heimbedürftigen geschieht für Nichtversicherte, soweit diese zahlungsunfähig sind, auf öffentliche Kosten, ohne daß sie als Leistung im armenrechtlichen Sinne anzusehen ist. 4. Bei Versicherten sowohl, wie bei Nichtversicherten ist der Familie von den hierzu Verpflichteten ein Unterhaltungsminimum zu gewähren, das gleichfalls für diese nicht als Armenleistung zu gelten hat. 5. Die zwangsweise Isolierung kann in geeigneten Fällen sanitätspolizeilich angedroht und ausgeführt werden. 6. Die Anzeigepflicht für alle Fälle von offener Tuberkulose ist gesetzlich festzulegen.

Schon frühzeitig war dem Arzte und Soziologen klar geworden, daß der Boden, auf dem die Schwindsucht ihre ungeheure Verbreitung gerade in den unteren Schichten des Volkes finden konnte, das sog. Wohnungselend darstellt. Aus der gewonnenen Erkenntnis heraus, daß die elenden Verhältnisse, unter denen die Kranken lebten, sich in absehbarer Zeit nicht ändern ließen, wurde der Vorschlag gemacht, die Kranken zwecks ausgiebigen Genusses frischer Luft in Walderholungsstätten tagsüber unterzubringen. Auf dem Lande sind die Verhältnisse vielerorts kaum günstiger als in der Stadt. Ein Moment darf freilich hier nicht übersehen werden: Eine Wohnung, sei sie räumlich auch noch so beschränkt, kann an und für sich unter keinen Umständen als solche die Ursache für die Verbreitung der Schwindsucht bilden; immer ist und bleibt der schwindsüchtige Mensch die Quelle. Fortgesetzte Belehrung, Aufklärung und Erziehung der Bevölkerung zum Verständnis einer gesunden Lebenshaltung und Führung tuen daher vor allem not und werden ja auch auf mannigfaltigste Art geboten. Größere Wirksamkeit ist von der Einführung der allgemeinen Wohnungs-

inspektion zu erwarten. An den positiven Leistungen zur Besserung namentlich der Kleinwohnungsverhältnisse haben wieder die Landesversicherungsanstalten hervorragenden Anteil. Eine günstige Perspektive in die Zukunft eröffnet auf dem Gebiete der Wohnungsfürsorge auch die von England zu uns herübergekommene Gartenstadtbewegung, die, getragen von der Deutschen Gartenstadtgesellschaft, sich die Anlage von Gartenstädten zum Ziele gesetzt, oder wie es richtiger heißen sollte, von Gartenvorstädten, die für unsere Verhältnisse allein in Frage kommen können. Daß zur Wohnungsfürsorge im weiteren Sinne auch die regelmäßige Wohnungsdesinfektion beim Umzug und Tode von Tuberkulösen gehört, ist eine Forderung, der bisher noch nicht überall entsprochen worden ist.

Man hat lange übersehen, daß der werdende Mensch von eben derselben Krankheit nicht minder heimgesucht ist, als der Erwachsene; bildet die Tuberkulose doch im schulpflichtigen Alter sogar die häufigste aller Todesursachen. Sowohl dieser Umstand als auch die Tatsache, daß die Tuberkulose im jugendlichen Alter nur eine geringe Tendenz zur Abnahme aufweist, und schließlich die Ergebnisse der Pirquetschen Hautreaktion, die auf eine ausgedehnte tuberkulöse Durchseuchung des Kindesalters hinweisen, haben in den letzten Jahren die Aufmerksamkeit in erhöhtem Maße der infantilen Tuberkulose zugewandt und besondere Vorschläge zu ihrer Bekämpfung gezeitigt. Die Kinderfürsorge kann sich nur in gleichem Sinne bewegen und lediglich einen verstärkten Ausbau des bisher Geschaffenen „nach einer bestimmten Richtung hin" bedeuten. Am besten wird man daher für das kindliche Alter prophylaktisch sorgen, wenn man nach wie vor die Tuberkulose Erwachsener bekämpfen und vor allem die Quellen innerhalb der Familie weitgehendst für alle Mitglieder unschädlich zu machen sucht. Der einfachere und gegebene Weg muß unter allen Umständen bevorzugt werden: den Kranken zu isolieren, was auch stets gelingen dürfte, wenn einmal der Arzt nicht die Mühe scheut, in freundlicher, aber eindringlicher Weise die Gefahr des weiteren Verbleibens des Kranken in der Familie darzulegen, vor allem aber die Kostenfrage ohne jegliche Belastung der heimgesuchten Familie geregelt wird. Einen bemerkenswerten Versuch zur temporären Isolierung gesunder Kinder aus tuberkulösen Familien hat kürzlich der Stadtarzt von Halle, Prof. Dr. v. Drigalski, unternommen, indem er diese in hygienisch einwandfreien Schlafpavillons im Gartengelände der Halleschen Kinderheilstätte für die Nacht unterbringt. Die Kinder erscheinen nachmittags, erhalten einfaches, aber kräftiges Abendessen, morgens Milchfrühstück und Schulbrot und kehren erst zum Mittagessen in die Familie zurück. Ferner ist der eine vorbeugende Fürsorge betreffende Vorschlag Heubners sehr beherzigenswert, ländliche Heimstätten für kindliche Rekonvaleszenten von Infektionskrankheiten zu errichten. In diese werden solche Kinder, denen eine besondere Kräftigung nach Ueberstehen einer ansteckenden Krankheit not tut, von den Eltern gern gegeben werden, falls die Kosten bei Vermögenslosen von der Allgemeinheit, d. h. den Kommunen oder privaten Organisationen, getragen würden. Daß für die Unterbringung tuberkulöser Kinder in Heilstätten unter allen Umständen mehr als bisher gesorgt werden muß, ist ein dringendes Gebot der Humanität. Einer größeren Verbreitung würdig wäre auch die gut bewährte Einrichtung von Waldschulen, die den Kindern den Vorteil weitergehenden Unterrichts bieten, so daß die geistige Pflege nicht völlig brach liegt. Das Schularztsystem, wie es in den Städten heute bereits weit verbreitet, auf dem Lande jedoch nur spärlich anzutreffen, ist allgemein einzuführen. Mehr als bisher müßte ferner das sachverständige Urteil der Schulärzte bei der Berufswahl der Schulentlassenen in Anspruch genommen werden. Aber auch über die Schulzeit hinaus, für jene wenigen Jahre des Ueberganges bis zur vollen körperlichen Entwicklung, eine Periode, in der gesundheitlich wenig oder nichts für den wachsenden und durch Arbeit unter Umständen schwer belasteten jugendlichen Organismus bisher geschehen ist, ist eine ständige ärztliche Ueberwachung den Jugendlichen angedeihen zu lassen. Eine Lücke harrt in dem Aufbau der Ausfüllung, eine Forderung gibt es vor allem, die der Verwirklichung zustrebt: Einrichtungen zur Isolierung der gefährlichen Bazillenträger zu schaffen, d. h. die familiäre Infektion zu verhüten, ohne daß die Kranken in Verhältnisse gelangen, die ihnen jegliche Hoffnung auf Leben, jede Beziehung zur Familie rauben. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Verbreitung der Lungentuberkulose in Breslauer Familien, Wohnungen und Werkstätten. Von Dr. E. Bruck und Dr. Steinberg. Zeitschrift für Hygiene; Bd. 71, H. 2.

Die Verfasser haben auf Veranlassung der Breslauer-Grätzer-Stiftung das Material der Breslauer-Fürsorgestelle für unbemittelte Lungenkranke bearbeitet und durch sehr eingehende Studien an der Hand von eigens aufgestellten Fragebogen und Ermittlungen in der Hauptsache die äußerst wichtige Frage nach der Phthiseogenese ihres Materials zu beantworten gesucht, insofern als das Problem der Phthiseogenese zurzeit sich in folgenden Fragen konzentriert: Ist die Ursache der vorliegenden Erkrankung vorwiegend in einer neuen Infektion (am anderen Gatten, im Beruf usw.), exogener Infektionstyp, oder in quantitativen und qualitativen Besonderheiten der frühen Kindheitsinfektion, sogenannter endogener Infektionstyp, zu suchen. Eine endogene Entstehung der Lungentuberkulose konnten die Verfasser in 29,5 % ihrer Fälle annehmen, eine exogene Entstehung, also Infektion jenseits des Kindesalters, lag wahrscheinlich bei 31,6 % der Fälle vor. In 38,9 % konnte sowohl endogene, wie exogene Entstehung vorliegen. Diese Feststellungen haben nicht nur theoretische Bedeutung, sondern sie sind von sehr erheblicher praktischer Wichtigkeit insofern, als sie dazu zwingen, den Ansichten Römers und Rumpfs einschränkend entgegenzutreten und die praktische Tuberkulosebekämpfung nicht in der Hauptsache auf das Kindesalter zu beschränken.

Dr. R. Mohrmann-Stade.

Tuberkulose auf den britischen Inseln und Maßregeln zu ihrer Vorbeugung. Vortrag für den internationalen Tuberkulose-Kongreß in Rom 1912. Von Harold Scurfield, M. D., med. off. of healt, Sheffield. Public health, XXV, Nr. 9, Juni 1912.

Um Aufschluß über die Hebung der durchschnittlichen Lebensführung der Einwohner Sheffields in den letzten 50 Jahren zu erhalten, wandte sich der Autor an die Führer der Arbeiterpartei. Die meisten gaben zu, daß die Nahrung billiger, ihre Auswahl und Zubereitung sorgfältiger geworden sei, daß die Arbeiterhäuser besser, die Fensterfläche größer, die Ueberfüllung der Wohnungen geringer, die Straßen weiter seien; daß die Entfernung der Senkgruben es ermögliche, die Höfe tagsüber zu lüften und die Fenster in der Nacht offen zu halten; daß infolge reichlicher Wasserversorgung die Reinlichkeit größer geworden sei. Die Schaffung öffentlicher Parkanlagen und von Volksgärten, das Verbot dunkler und verfallener Häuser, die Erleichterung der Verbindung mit dem flachen Lande, die bessere Erziehung — alles diene zur Hebung der Durchschnittslage auch der Lohnarbeiter. In dem Referat S. 70, 1911 dieser Zeitschrift sind die Maßregeln wiedergegeben, die auf Veranlassung Scurfields zur Tuberkulosebekämpfung in Sheffield getroffen wurden. Seit 1860 hat die Totalsterblichkeit an Phthise in Sheffield ungefähr ebenso abgenommen, wie im ganzen Königreiche; 1885 noch war der Prozentsatz für beide Geschlechter höher, als im Durchschnitt für England; seitdem ist die Besserung rascher gewesen, als im ganzen Reiche. Die Sterblichkeit der Männer war wegen des gefährlichen Berufes stets höher, als in England, hat aber auch seit 1885 eine Besserung gezeigt; die der Frauen war immer geringer, als im Durchschnitt. Der Prozentsatz der Sterblichkeit der Männer ist jetzt doppelt so groß, als der der Frauen. Die Mortalität an Schwindsucht unter den Schleifern allein ist mehr als 5 mal so groß, als bei den übrigen Männern über 18 Jahren.

Wenn eine Besserung im allgemeinen eingetreten ist, so liegt dies daran, daß die Wohnungsverhältnisse der Arbeiter sich gehoben haben; die Gelegenheit, sich zu Hause zu infizieren, ist dadurch geringer geworden. Nicht gebessert haben sich in demselben Maße die durch die Arbeit bedingten Schädigungen; wo es sich um einen Beruf handelt, der zur Schwindsucht disponiert, unterliegen ihr selbst Männer mit hoher Widerstandskraft oft nach mehr oder weniger lange dauernder Periode der Pneumokoniose oder fibroiden Phthise. In Sheffield arbeiten nur wenig Frauen, besonders nur wenig verheiratete Frauen in Fabriken; hierdurch wird die geringe Tuberkulosemortalität der Frauen bedingt.

Dr. Mayer-Simmern.

Der vorläufige Bericht des englischen Tuberkulose-Komitees. The journal of state medicine; Juni 1912, XX, Nr. 6.

Das vom „Chancellor of the exchequor" ernannte Tuberkulose-Komitee stellt folgende Vorschläge auf: 1. Jeder Versuch, das Tuberkuloseproblem zu behandeln, sollte für die ganze Bürgerschaft bestimmt sein. 2. Die Mittel, die die Erfahrung als die wirksamste kennen gelernt hat, sollten für die Vorbeugung angewandt werden. 3. Zur Ermittelung der Krankheit an einem möglichst frühen Termin sollte eine fertige Organisation bestehen. 4. In praktischen Grenzen sollten für alle jene, die an der Krankheit leiden, die besten Behandlungsmethoden zugänglich sein. 5. Zum Studium der Krankheit, ihrer Ermittlung und Behandlung auf experimentellem Weg sind Mittel bereitzustellen. Das Versicherungsgesetz versichert 14 Millionen Personen; 1500000 £ werden für Sanatorien bereitgestellt; davon entfallen auf England 1116000, auf Wales 81000, auf Schottland 158000 und auf Irland 145000 £. § 16,2 des Versicherungsgesetzes verlangt, daß der Schatzkanzler pro Jahr für die versicherte Person 1 penny überflüssig macht. Diese Summe kann von den Versicherungsämtern zu wissenschaftlichen Untersuchungen zurückbehalten werden. — Für 150000—200000 Personen ist eine Fürsorgestelle zu verlangen; auf dem Lande schon für eine geringere Zahl. Erfahrene, besonders geeignete Aerzte sind zu Chefärzten der Fürsorgestellen und Heilstätten zu ernennen. Der Bericht verlangt sofortige Zuschüsse an die Grafschaften oder an vereinigte Grafschaftsstädte, die sie zum Bau von Heilstätten und Fürsorgestellen ermutigen sollen. Dr. Mayer-Simmern.

Der neue Kreuzzug gegen die Tuberkulose. Von Robert A. Lyster, County medical officer of health, Hampshire. Ibidem.

Jeder praktische Arzt hat jetzt die Pflicht, jeden Fall von Lungentuberkulose aus seiner öffentlichen oder privaten Praxis anzuzeigen. Durch diese neuen Verordnungen wird die Arbeit des Amtsarztes verdoppelt. Die Distriktsbehörden haben das Recht, für Fürsorgestellen, Krankenhäuser, notwendige Beamte, insbesondere auch zur Aufklärung des Publikums, ferner für die häusliche Behandlung der Tuberkulösen Mittel einzustellen (letzteres also ähnlich, wie es Springfeld vom Reg.-Bez. Osnabrück im Aerztl. Vereinsblatt Nr. 870 berichtet, wo die Landräte aufgefordert sind, die Bezahlung der Behandlung aus öffentlichen Mitteln bei freier Arztwahl in die Wege zu leiten).

Zwischen Distriktsärzten, Schulärzten und Grafschaftsamtsärzten soll der notwendige Meinungsaustausch geregelt werden.

Der Autor macht nun für eine Grafschaft folgenden Vorschläge:

1. Auf dem Gebiete des Unterrichts: a) In Elementarschulen Unterricht in Hygiene, insbesondere der Tuberkulose. b) Die Lehrer sind besonders auszubilden. c) Abendliche Vorträge für die Lehrer und die Bevölkerung sind von Aerzten zu halten. Unterricht durch Schwestern ist unvollständig, manchmal gefährlich. d) Tuberkulose-Ausstellungen, die für die Dörfer ebenfalls einzurichten sind. e) Kinematographische Vorführungen über Vorbeugung und Heilung der Tuberkulose. f) Kirchen und Kapellen. Ein besonderer Sonntag könnte der Aufklärung des Publikums auf diesem Gebiete gewidmet werden. g) Schaffung eines zentralen Preß- und Informationsbureaus: Verteilung von Flugblättern. 2. Prophylaxe: a) Hygienische Tätigkeit auf dem Gebiete der Desinfektion, Wohnung, Wasserleitungen. b) Sorge für bessere Ernährung. c) Entfernung vorgeschrittener Fälle aus der Häuslichkeit. 3. Einführung von Gesundheitsbesuchern, die unter Leitung des Amtsarztes und unter Fühlung mit dem Schularzte, wie unseren Tuberkuloseschwestern, die Aufklärung der Kranken und ihrer Angehörigen in ihren Wohnungen besorgen und auf Zuziehung eines Arztes dringen wollen. Heilstätte, Krankenhaus für vorgeschrittene und für leichtere Fälle sollten von der Grafschaft in gemeinsame Verwaltung genommen werden. Dr. Mayer-Simmern.

---

2. Säuglingsfürsorge.

Ueber Atrophie der Säuglinge. Von Prof. Dr. Ad. Czerny in Straßburg. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1912, Nr. 2.

Atrophie ist keine selbständige Krankheit, sondern eine Störung im Wachstum und in der allgemeinen Ernährung, die entweder die Folge von

Ernährungsstörungen oder die Folge von infektiösen Prozessen sein kann. Das äußere Krankheitsbild kann in beiden Fällen ein gleiches sein. Das Zustandekommen der Atrophie hat, abgesehen von den auslösenden Ursachen, eine bestimmte Konstitutionsanomalie zur Voraussetznng; denn nicht jedes Kind, das den gleichen Schäden unterliegt, fällt der Atrophie anheim. Im ganzen lassen sich drei Kategorien von Kindern unterscheiden, die im Säuglingsalter mehr oder weniger der Atrophie verfallen. Es sind: 1. Die Kinder, die erheblich mit exsudativer Diathese belastet sind (besonders lehrreich ist es hier, daß dies auch bei der Ernährung an der Brust der Fall ist). 2. Kinder, die Abkömmlinge neuro- und psychopathischer Eltern sind; die Grundlage der Atrophie bilden dabei die Uebertragbarkeit des Darmnervensystems und bestimmte psychische Eigentümlichkeiten. 3. Kinder mit hydropischer Konstitution; Kinder solcher Veranlagung zeigen andere Verhältnisse der Salz- und Wasserretention als normale.

Es sind nun sowohl die Störungen des allgemeinen Wachstums als auch solche bei der Fortbildung, die durch Atrophie veranlaßt wurden, vollkommen reparabel, sobald es gelingt, die Ernährungsstörung auszugleichen oder sobald der Infekt erlischt. Wenn es aber schon schwer ist, leichtere Grade der Atrophie durch ausschließliche Milchernährung einschließlich der Frauenmilch zur Reparation zu bringen, so ist in schweren Fällen damit überhaupt keine Heilung zu erzielen. Die Atrophie erfordert eben eine Ernährung, in der einzelne Nahrungskomponenten durch Zusätze zur Milchnahrung wesentlich verstärkt werden müssen, um die durch die Störungen bedingten Verluste ausgleichen zu können. Die angewandte Ernährungstherapie stützte sich vor der Hand noch mehr auf Empirie als auf wissenschaftliche Daten; als allgemeine Direktive läßt sich bisher nur soviel angeben, daß von allen Nahrungsbestandteilen das Fett derjenige ist, der bei der Behandlung der Atrophie stark zurücktreten und durch Kohlehydrate ersetzt werden muß. Dr. Pachino-Stralsund.

Ueber die Craniotabes des Säuglings. Von A. Lesage und M. Cleret. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII, 1912, Nr. 12.

Aus eingehenden Studien an kraniotabischen Knochen schließen die Verfasser, daß die Krankheit außerordentlich häufig ist, daß sie immer bilateral und symmetrisch auftritt, und daß ihr Lieblingssitz nicht am Hinterhauptknochen ist, der zuerst die Aufmerksamkeit der Kinderärzte auf sich zog, sondern in der Umgebung der Sutura parieto-temporalis, hinter einer durch den äußeren Gehörgang verlaufenden vertikalen Linie. Die Craniotabes findet sich mit gleicher Häufigkeit bei gesunden und bei kranken Säuglingen; sie ist kein Symptom der Rhachitis. Sie verschwindet nach dem ersten Lebensjahre spontan, ohne Spuren zu hinterlassen. Sekundäre Erweichung eines primär harten Schädels sahen die Verfasser nie.

Die Krankheit beruht auf einer Verzögerung der Osteogenese des membranösen Knochens. Die Schädelbasis, die sich aus Knorpel entwickelt, wird nie betroffen, sondern nur die Knochen des Schädeldaches. Diese entwickeln sich exzentrisch in Beziehung zu einem primären zentralen Ossifikationsherde. Das ältere Zentrum ist normal, nach der Peripherie hin ist der Knochen zarter, weicher, weil er noch unvollständig entwickelt ist und weil er aus übereinander geschichteten Lamellen, nicht aber aus zylindrischen Kanälen besteht.

So erklärt sich, daß die Craniotabes zur Heilung neigt und daß sie keine Spuren hinterläßt. Bei Säuglingen, die davon betroffen waren, ist die Ossifikation zwischen 9. und 12. Monat beendet.

Dr. Mayer-Simmern.

Säuglingssterblichkeit und Mortalität der Infektionskrankheiten. Von Dr. H. Risel-Leipzig. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1912, Nr. 12.

Wenn unsere bisherige Säuglingsfürsorge an den großen Werten gemessen erst vereinzelte Erfolge aufzuweisen hat und die Kindersterblichkeit entgegen allen anderen Krankeiten noch immer hoch bleibt, so soll man keinen Pessimismus aufkommen lassen. Der gewaltige Aufschwung der Sterblichkeitsverhältnisse ist der erweiterten Kenntnis der medizinischen Wissenschaften zu verdanken. Verdienst der Aerzte ist es, zur Verbesserung aller Gesund-

heitseinrichtungen die Initiative ergriffen zu haben; auf ihren Schultern ruht die Arbeit der Durchführung aller sanitären Fürsorgebestrebungen. Auch die Kindersterblichkeit wird herabgehen, aber erst dann, wenn die Allgemeinheit der Aerzte die Errungenschaften der modernen Pädiatrie aufgenommen hat und wenn, wie bei der Tuberkulose, auch die Säuglingsfürsorge von ihr getragen wird. Dann wird endlich die Rückwirkung auf die Anschauungen der Mütter stattfinden, die wir heute trotz aller Mühe vergeblich anstreben und in der doch am letzten Ende im großen der Erfolg der Bekämpfung der Kindersterblichkeit liegt. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Säuglingssterblichkeit, ihre Ursachen und ihre Bekämpfung. Von San.-Rat Dr. Mittelhäuser-Apolda. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1912, Nr. 5.

Es erhellt, daß auf dem weiten Gebiete der Volksgesundheitspflege die Säuglingsfürsorge, die in dem beständigen Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit ihren lebhaftesten Ausdruck findet, sowohl vom kulturellen und ethischsozialen, als auch vom nationalen Standpunkte aus eine der wichtigsten Fragen darstellt, die die Gegenwart an Aerzte und alle Volksfreunde, wie an kommunale und staatliche Organe stellt. Sollen all die für Mutter und Kind getroffenen Fürsorgemaßnahmen den rechten Erfolg zeitigen, dann müssen alle Mütter aus dem Volke mit ihren Säuglingen — die Säuglinge gleich vom ersten Lebenstage ab — und alle Schwangeren, ohne Ausnahme, unter den Schutz der Fürsorgestelle gebracht werden; denn Mutterschutz ist nun einmal der wirksamste Säuglingsschutz! Es muß ferner die gesundheitliche Ueberwachung über sämtliche Haltekinder, über alle unter Berufsvormundschaft stehende, uneheliche und verwaiste Säuglinge der Fürsorgestelle übertragen werden, und es müssen alle Unterstützungen, die von Wohltätigkeitsvereinen und Privaten armen Wöchnerinnen und ihren Kindern zugedacht sind, durch die Hand der Fürsorge gehen, ja sie müssen geradezu vom Besuche der Fürsorgestelle, die mit Hilfe der Fürsorgeschwester am ehesten in der Lage ist, die Gesuche auf ihre Bedürftigkeit zu prüfen, abhängig gemacht werden. Mit einem Wort: es muß eine Zentralisierung aller Bestrebungen zugunsten armer Mütter und ihrer Säuglinge herbeigeführt werden; es müssen alle Fäden in einer Hand zusammenlaufen. Und das ist die Fürsorgestelle, besonders wenn sie sich einer tatkräftigen Unterstützung seitens der Gemeindeverwaltung zu erfreuen hat. Das höchste Ziel aber, das die moderne Bewegung sich gesteckt hat, ist, die wahre Mutterschaft wieder zu bringen, sie zu Ehren zu bringen, sie zu veredeln, zu verherrlichen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Säuglingssterblichkeit in Berlin im Sommer 1911. Sonderabdruck aus der Berliner klinischen Wochenschrift; 1912, Nr. 29.

Die Lokalisation der Säuglingssterblichkeit in Berlin und ihre Beziehungen zur Wohnungsfrage. Ebenda; 1212, Nr. 26, 27, 28. Von Privatdozent Dr. H. Liefmann und Dr. Alfr. Lindemann.

Die Stadt Berlin hatte im Jahre 1911 um 1500 Säuglingstodesfälle mehr als im Jahre 1901; ihre Zahl stieg von 15,7% des Jahres 1910 auf 17,5% des Jahres 1911; damit ist seit 1906 der höchste Stand erreicht. Die Hoffnungen, daß die Fürsorgestellen ein ferneres Ansteigen der Kindersterblichkeit verhindern würden, hat sich nicht verwirklicht. Uebereinstimmend wird von Pädiatern und Hygienikern die abnorme Hitze als die Ursache dieser Erscheinung angegeben. Ueber den Zusammenhang des Todes mit der Wärmehöhe herrschen verschiedene Ansichten. Die früher allgemein gebräuchliche Ansicht, daß mit der Erhöhung der Temperatur die Zersetzung der künstlichen Nahrung zunehme und dadurch die Todeshäufigkeit steige, kann als alleinige Ursache nicht angenommen werden. Die Verfasser nehmen unter Berufung auf weitere Autoren auch direkte Hitzschädigung, den echten Hitzschlag der Kinder, als Mittodesursache an. Bei der Beantwortung der einzelnen Zahlen muß man, wie stets, auch auf die Geburtenhäufigkeit Rücksicht nehmen. So habe Berlin trotz Zunahme um 10000 Einwohner um 8248 Geburten im Jahre 1911 weniger gehabt als im Jahre 1906. Die Sommersterblichkeit der Säuglinge hat 3 Ursachen: Ernährung, meteorologische Faktoren und Wohnungs- und soziale Verhältnisse der Eltern. Auf die Wohnungsverhältnisse wird dann weiter eingegangen. Die

Sterblichkeit der Säuglinge war sehr ungleichmäßig und in einzelnen Straßen sehr dicht zusammengedrängt, ganz besonders im N, O und SO. Ueber die Wohnungsverhältnisse der dichtest bewohnten Stadt des Kontinents, Berlin, bekommt man eine Vorstellung, wenn man sieht, daß einzelne Häuser 500 bis 1000 Einwohner beherbergen. Von 1552 Säuglingen (Juli, August 1911) starben im Keller: 3,0 %, Parterre: 15,0 %, I. Stock: 18,5 %, II. Stock: 19,5 %, III. Stock: 20,2 %, IV. und V. Stock: 23,4 %. Wie Verteilung der Bevölkerung nach den einzelnen Stockwerken ist, ist leider nicht angegeben. Bezeichnend aber ist die Tatsache, daß von den Gestorbenen 70 % in Hinterhäusern wohnten, während bloß 45 % der Bevölkerung in Hinterhäusern untergebracht sind. Allerdings wird man wieder auf die größere Kinderzahl der Hinterhausbewohner Rücksicht nehmen müssen.

Es wohnten von den Gestorbenen in Wohnungen mit 1 Zimmer: 35,1 %, mit 2 Zimmern: 51,6 %, mit 3 Zimmern: 11,1 %, mit 4 Zimmern und mehr: 2,1 %.

Die lebenden Säuglinge waren 1905 verteilt auf Wohnungen mit 1 Zimmer; 2,9 %, mit 2 Zimmern: 56,0 %, mit 3 Zimmern: 29,4 %, mit 4 und mehr Zimmern: 11,5 %.

Die Höchstbelastung der Einzimmerwohnung und die Niederbelastung der Mehrzimmerwohnungen ist sehr deutlich. Die Verfasser gehen dann auf die Zahl der Bewohner der Wohnungen ein und finden eine starke Ueberfüllung der kleinen Wohnungen. Sie warnen aber vor der Ueberschätzung des Wohnungsfaktors. Es hat sich nämlich gezeigt, daß auch in den nicht überfüllten Wohnungen im Sommer die Zahl der Säuglingstodesfälle stieg. Offenbar müssen also zum deletären Erfolg mehrere Ursachen zusammenwirken.

Von den 919 Kindern, die vom 22. Juli bis 15. August 1911 starben, sind nach Ausweis der Totenscheine 129 innerhalb 24 Stunden, 236 innerhalb 48 Stunden zugrunde gegangen. Für diese ist die herkömmliche Art der Fürsorge wertlos gewesen. Die Verfasser geben daher den praktischen Rat, mehr allgemeine Hygiene zu treiben [1]) Die Verfasser raten deshalb zur Befürsorgung möglichst früh nach der Geburt (Referent rät aus praktischen Erfahrungen zur Befürsorgung vor der Geburt). Sehr lehrreich war es, daß auch die Brustnahrung in Zeiten großer Hitze keinen völligen Schutz gewährte. Zum Schluß mahnen die Verfasser mit Recht, daß viel mehr als bisher zusammengearbeitet werden muß, falls nicht einseitige Maßregeln getroffen werden sollen (Referent ist der Ansicht, daß die Kinderfürsorge nur in Rücksicht auf die Gesamtbevölkerung und namentlich auch auf die Geburtenzahl betätigt werden darf, daß sie viel mehr, als es bisher üblich war, in die Hand der öffentlichen Gesundheitspflege zu geben ist, und daß es höchste Zeit ist, die Verwaltungsärzte in der quantitativen Bevölkerungspolitik auszubilden.

Dr. Graßl-Kempten.

Zur Säuglingssterblichkeit im Sommer. Von Dr. Bauer-Nordhalben.

Wenn es erlaubt ist, Altbekanntes zu wiederholen, so darf auf eine überaus schädliche Sitte hingewiesen werden, die seitens der Amtsärzte Beachtung verdient. Hier, und wie ich höre auch anderwärts, wickeln immer mehr Mütter ihre Kleinsten von den Achselhöhlen abwärts in wasserdichten Stoff ein. Die entstehende tropische Temperatur innerhalb der Umhüllung verweichlicht die Kinder und bedeutet, zumal im Sommer, einen schweren, oft irrepablen Eingriff in die Wärmeökonomie, abgesehen von der Entstehung der Ekzeme, Miliaria etc. Die Wirkung der Außentemperatur wird multipliziert und sicher sind Tausende von Todesfällen durch Weglassen der wasserdichten Packung vermeidbar.

Ueber den Eisengehalt der Frauen- und Kuhmilch. Von F. v. Soxhlet. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 28.

Verfasser verbreitet sich zunächst in längeren Ausführungen über die

---

[1]) Auf der Landesversammlung bayerischer Medizinalbeamten in Kissingen 1912 hat Referent darauf hingewiesen, daß die Entfernung tierischer Mitbewohner aus der Wohn- und damit aus der Wochen- und Kinderstube bäuerlicher Bevölkerung Mitursache des Abfallens der Kindersterblichkeit manches Amtsbezirks war.

bisherigen Anschauungen hinsichtlich des Eisengehaltes und Eisenstoffwechsels der Frauen- und Kuhmilch und konstatiert dann auf Grund seiner Untersuchungen an verschiedenen Proben von Frauen- und Kuhmilch, daß die Kuhmilch im Durchschnitt nur ein Drittel von Eisengehalt der Frauenmilch, häufig nur ein Fünftel und nur selten etwas mehr als die Hälfte enthält. Wird, wie es häufig üblich ist, die Kuhmilch mit einer gleichen Menge Wasser verdünnt, dann wird man in der Regel nur mit einem Sechstel, ja mit einem Zehntel zu rechnen haben. Man muß also beim künstlich ernährten Säugling recht ernstlich mit der Gefahr des Eisenhungers rechnen; man wird wohl auch mit der Annahme nicht fehlgehen, daß das blaße Aussehen vieler künstlich ernährter Kinder häufig auf Eisenhunger zurückzuführen ist. Man wird also, wenn man Eisenhunger sicher vermeiden will, ein Eisenpräparat der Kuhmilch zusetzen. Für seine Wahl dürfte die Erkennung der Natur der Eisenverbindung in der Milch vielleicht einen Fingerzeig geben. Verfasser schließt seine Abhandlung mit der Bemerkung, daß die Eisenfrage, soweit sie den Säugling angeht, nicht erledigt ist, daß es vielmehr gut sein wird, die vorzeitig geschlossene Debatte darüber wieder zu eröffnen. Dr. Waibel-Kempten.

Ueberwindung der Stillhindernisse durch die Mütterberatungsstellen. Von Dr. Vidal in Darmstadt. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 24.

Verfasser äußert sich in längeren Ausführungen über die Gründe, die im Publikum die Stillunfähigkeit — im Gegensatze zu den Erfahrungen aller Fachleute — als weit verbreitet erscheinen lassen, wozu die Mutterberatungsstellen reiches Material liefern.

Obenan steht die Furcht unserer Mütter vor dem „Nichtsattwerden“ der Kinder. „Das Kind schreit, weil es nicht genug Nahrung hat, es schreit besonders nach der Nahrungsaufnahme und einem schreienden Kinde muß man solange Nahrung reichen, bis es nicht mehr schreit.“

Andere Mütter halten zwar ihre Milchmenge für ausreichend, sind aber fest von ihrer zu dünnen Beschaffenheit überzeugt, die sich besonders in ihrer bläulichen Farbe zeigt. Eine andere Mutter hält ihre Milch für zu fett.

Während die irrige Annahme vieler Mütter, daß der Eintritt der Menstruation einen Grund zum Abstillen abgäbe, gewöhnlich leicht zu widerlegen ist, wachsen die Schwierigkeiten, wenn in diesen Tagen tatsächlich ein geringer Rückgang der Milchmenge zu beobachten ist. Es gehört schon ziemlich viel Einsicht dazu, geduldig das Wiedereinschießen der Milch abzuwarten, das gewöhnlich nur dann ausbleibt, wenn der Mensch durch eingeschobene künstliche Ernährung die natürliche Regulierung der Milchsekretion durch den Saugreiz gestört hat.

Eine gute, selten versagende Waffe gegen diese verschiedenen Einwürfe bildet die Wage. Wenn man den Müttern vor Auge führen kann, daß das vermeintlich hungernde oder verhungernde Kind die normale oder übernormale Gewichtszunahme aufweist, dann sind die Mütter in der Regel beruhigt. Hier möchte Verfasser bemerken, daß die in den Lehrbüchern angegebenen Normalzahlen über Gewichtszunahme meistens viel zu hoch gegriffen sind. Verfasser hat viele Kinder gesehen, die bei einer Durchschnittszunahme von nur 100 g wöchentlich im ersten Vierteljahr doch eine glänzende Entwicklung auch weiterhin durchmachten. Wer sich also zu schematisch an die Normalgewichtskurve hält, greift leicht zu früh zu unnatürlicher Nahrung.

Als milchtreibendes Mittel hat sich vom Verfasser in Uebereinstimmung mit anderen Aerzten nur die Zufuhr von viel Flüssigkeit bewährt. Laktagol und Malztropon benutzt Verfasser nur als Suggestivum.

Eine sehr große Rolle als Stillhindernis spielt noch immer die Vorstellung von der schwächenden Wirkung des Stillens auf die Mutter, obwohl genügend bekannt sein dürfte, daß eine gesunde Frau durch das Stillen nie geschwächt wird. Eine blutarme und zarte wird dabei sogar oft gesunder, da die Milchsekretion anregend auf den Stoffwechsel wirkt. Nach Tugendreich hat 1. der Ernährungszustand der Mutter, gemessen am Körpergewicht, innerhalb sehr weiter Grenzen keinen Einfluß auf ihr Stillvermögen: 2. ist die Zu- oder Abnahme des Körpergewichts der Stillenden in weiten Grenzen unabhängig von ihrem Ernährungszustand; 3. ist es nicht wahrscheinlich, daß das Stillen die Ursache der Zu- oder Abnahme des Gewichtes während der Stillperiode ist.

Nach Thiemich bilden allgemeine Schwäche, Blässe, Magerkeit, große Jugendlichkeit, in den meisten Fällen auch neuropathische Konstitution niemals einen legalen Grund, vom Stillen von vornherein abzuraten. Die Mehrzahl derartiger Frauen verträgt selbst viele Monate langes Nähren nicht nur ohne Schaden, sondern hat einen unverkennbaren gesundheitlichen Nutzen davon, der sich keineswegs auf die sattsam bekannte bessere Rückbildung der puerperalen Genitalien und die Seltenheit von Mammakarzinom bei Frauen, die gestillt haben, beschränkt. Ob eine Frau während der Laktation ab- oder zunehmen wird, läßt sich im einzelnen Falle nicht vorhersehen; das letztere und Hand in Hand damit ein Aufblühen und eine Kräftigung der Gesundheit und Hebung des Wohlbefindens ist viel häufiger als Gewichtsabnahme, aber auch diese ist an und für sich kein Grund zu Besorgnissen, da man nötigenfalls in jedem Augenblick abstillen lassen kann.

Im strikten Gegensatze zu diesen Forschungsergebnissen gibt es in der Praxis fast keine Störung im Wohlbefinden einer nährenden Frau, die nicht dem Stillen zur Last gelegt würde. So werden selbst Scheiden- und Gebärmuttersenkungen auf das Stillen zurückgeführt.

Nicht selten geben die Fälle, in denen trotz normaler Muttermilchernährung beim Kinde immer gehackte oder grüne Ausleerungen auftreten, Anlaß zu Bedenken. Ist dabei Gewichtszunahme und Entwicklung eine befriedigende, so hat dieser Zustand nicht die geringste Bedeutung. Schwieriger wird die Lage, wenn, was allerdings selten der Fall ist, das Kind stehen bleibt oder zurückgeht. Hier weist Finkelstein mit Recht darauf hin, daß der Zustand meistens nicht in der Milch der Mutter, sondern in den Verdauungsorganen des Kindes begründet ist und deshalb nur in den seltensten Fällen die Amme oder die künstliche Nahrung gefunden wird, die dem Kinde besser bekommt. Es empfehlen sich also auch in diesen Fällen Geduld und nicht sofortiges Absetzen des Kindes von der Brust.

Eines der wichtigsten tatsächlichen Stillhindernisse sind Rhagaden der Warzen und folgende Milchstauung. Auch hier sollen die Frauen trotz der beim Saugen auftretenden Schmerzen das Stillen tunlichst fortsetzen, eventuell unter Mithilfe geeigneter Gummiwarzenhütchen; die vielfach verwendeten gläsernen Warzenhütchen sind dagegen ganz ungeeignet.

Zum Schlusse teilt Verfasser noch eine sehr instruktive statistische Tabelle mit über das Schicksal der in den 6 Sommermonaten von den Schwestern nach der standesamtlichen Liste aufgesuchten Säuglinge. Diese Tabelle lehrt, daß die Sterblichkeit, obwohl es sich nur um die ehelichen und unehelichen Säuglinge der schlechtest gestellten Bevölkerungskreise handelt, auch dann ziemlich gering ist, wenn die Mütter nur von den Schwestern aufgesucht und belehrt wurden, aber nicht in die Beratungsstunde gekommen sind. Weiter bestätigt die Tabelle, daß es bei richtiger Beaufsichtigung der Kinder gelingt, die Säuglingssterblichkeit auf ein praktisch ganz bedeutungsloses Maß zu reduzieren. Dr. Waibel-Kempten.

Mütterbelehrung und Tagespresse. Von D. Schoenflies-München. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1912; Nr. 5.

Um alle Belehrung an die Mütter durch die Tagespresse möglichst wirksam zu gestalten, ist das selbständige Ziel derjenigen, die ihre Arbeit in den Dienst des Säuglingsschutzes, unserer Volkszukunft, stellen. Von der Formulierung der Belehrung hängt er ab, ob diese überhaupt verstanden wird. Ausgangspunkt für alle Belehrung wird der hellklingende Appell an das individuelle warme Muttergefühl sein. Zur wirksamen Form der Mütterbelehrung gehört des weiteren die Einfachheit der Ausdrucksweise. Für die Frauen aus dem Volke handelt es sich wesentlich um die neuen Forderungen der Säuglingspflege, um die Pflege des eigenen Kindchens. Ein Merkblatt ist deshalb als Grundlage eines Artikels über Säuglingspflege für die Mütter des Volkes und des kleineren Mittelstandes sehr gut geeignet. Nur wird man im Artikel den kategorischen Imperativ gelegentlich unterbrechen. Nächst den Ratschlägen zur häuslichen Säuglingspflege sind für das Volk von Bedeutung die Mütterbelehrungen durch die Tagespresse mit eindringlichen Hinweisen auf Einrichtungen der Säuglingsfürsorge, die für diese Mütter und Kinder praktisch in Betracht kommen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Mitwirkung der Entbindungsanstalten der Hebammen und Wochenpflegerinnen in der Mutter- und Säuglingsfürsorge. Von Dr. Kupferberg-Mainz. Mutter und Kind; 1912, Nr. 9.

Die erschreckend hohe Sterblichkeit der Säuglinge und Mütter unter oder nach der Geburt bedarf eines Einschreitens. Hier helfend einzugreifen, ist in erster Linie Aufgabe 1. des Staates durch staatliche resp gesetzlich geregelte „Mutterschaftsversicherungen“, die der Mutter die drei letzten Schwangerschaftsmonate und die drei ersten Wochenmonate einen derartigen Zuschuß gewähren, daß sie es nicht nötig hat, in dieser Zeit schwer zu arbeiten und somit auch ihr Kind stillen kann. Vor allem aber gehören alle regelwidrigen Geburten in Anstalten. Für die Familie, die während des Anstaltsaufenthaltes die Mutter entbehren muß, müßte (event. unentgeltlich) eine Hauspflegerin solange gestellt werden. 2. Bedürfte es einer erheblichen Verbesserung des Hebammenwesens. Etwa 90 Prozent aller Geburten in Deutschland werden von den Hebammen allein geleitet und im Wochenbett überwacht. $^1/_4$ bis $^1/_3$ Prozent dieser Mütter sterben an Wochenbettfieber und 20 Prozent der Kinder an mangelnder Pflege und Ernährung. Ein Drittel aller Säuglingstodesfälle tritt im ersten Lebensmonat ein, ein Neuntel schon in den ersten vier Lebenstagen. Ueberall, wo es sich um ärmliche und dürftige Wohnungsverhältnisse handelt, müßten die Hebammen die Frauen einer Anstalt überweisen; besonders aber überall da, wo entweder schwere Geburten zu erwarten sind und wo die betreffende Geburt oder das betreffende Wochenbett bedenkliche Komplikationen zeigt. Hierzu bedarf es aber einer Beschränkung der Zahl der Hebammen, Garantie eines Mindesteinkommens für sie und Versicherung gegen Krankheit, Alter und Invalidität, am besten durch eine Verstaatlichuug des ganzen Hebammenwesens, ähnlich wie im Königreich Sachsen. Ferner bedarf es einer besseren Vorbildung der Hebammenschülerinnen, einer längeren Ausbildungszeit, einer strengeren Auswahl der Kandidatinnen und Ermöglichung einer geachteten sozialen Stellung. Alles dies müßte durch ein Reichsgesetz geschehen. 3. Bedürfte es einer staatlichen Regelung des Wochenpflegerinnenwesens, da ja bislang jede Frau sich Wochenpflegerin nennen konnte, ohne einen Befähigungsnachweis hierzu vorlegen zu müssen, weil man diese Art von Krankenpflegepersonen in die Reichsgewerbeordnung aufzunehmen vergessen hat.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Säuglingsfürsorge auf dem Lande. Von Dr. M. Baum-Düsseldorf. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1912, Nr. 2—3.

I. Mehr noch als in der Stadt ist auf dem Lande die Säuglingssterblichkeit abhängig von der wirtschaftlichen und kulturellen Lebenslage der Bevölkerung, insbesondere der Frau. Praktische Säuglingsfürsorge wird daher mehr noch als in der Stadt unter allgemeine kulturelle Gesichtspunkte einzuordnen sein.

II. Kultur und Volkswohlfahrt kann immer nur dadurch gewonnen werden, daß man die Kräfte des einzelnen für seine Aufgaben stärkt. Um die Kinder vor Gefährdung zu bewahren, muß man die Frauen und Mütter für ihre mütterliche Arbeit schulen und ihnen größere Ruhe und günstigere Bedingungen für die Durchführung dieser Pflichten sichern. Im einzelnen ist zu fordern hierfür: a) Ausbau des Fortbildungsschulwesens unter Berücksichtigung der haus- und landwirtschaftlichen Arbeit der Frau und insbesondere auch Erziehungsarbeit an den Kindern. b) Ausnutzung der durch die Reichsversicherungsordnung für die materielle Sicherung der Schwangeren und Wöcherinnen gebotenen Vorteile. c) Verbesserung des Wohnungswesens und Wohnungsfürsorge auf dem Lande, besonders in den schnell wachsenden industrialisierten Gegenden, wo der Zusammenhang zwischen Wohnung, Landbesitz und Viehhaltung sich mehr und mehr lockert.

III. Ohne weitgehendes Verständnis der Bevölkerung für die Vorteile einer Wohlfahrtseinrichtung ist ihre Einführung unmöglich. In der wachen Atmosphäre der Stadt bricht sich neues leicht Bahn. Auf dem Lande brauchen wir Persönlichkeiten, die diese Atmosphäre erst schaffen.

IV. Im Hinblick auf die regionale Verteilung der Säuglingssterblichkeit wird einheitliche Organisierung des Mutter- und Säuglingsschutzes für größere geographische Gebiete zweckmäßig sein. Der geeignete Träger praktischer

Fürsorgeeinrichtungen ist der Kreis- oder Amtsbezirk. Er stellt besondere Beamten oder Beamtinnen — Fürsorgeärzte, Kreisfürsorgerinnen — zur Durchführung sozial-hygienischer Aufgaben an und zieht durch ihre Vermittelung die gut organisierte ehrenamtliche Hilfstätigkeit herbei.

V. Läßt man die methodische Zuführung neuer, lebendiger Hilfskräfte auf das gefährdete Land außer acht, so wird man zwar unter Umständen durch wirksame Zurückdrängung der unnatürlichen Ernährungsweise oder ähnliche Maßnahmen ein Herabsinken der Säuglingssterblichkeit von übergroßen auf mittlere Ziffern, nicht aber jene Gesunderhaltung und Kräftigung, die sich in den niedrigsten Sterblichkeitsziffern von 6—10% ausdrückt, erreichen. Sie aber müssen wir für das Land, das immer noch in hervorragendem Maße lebenschaffend wirkt, verlangen und durchsetzen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Säuglingsfürsorge und Hauspflege. Von Fr. Schönflies-München. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1912, Nr. 6.

1. Hauspflege ist nicht Krankenpflege und nicht Wochenpflege, sondern Haushaltpflege. Sie bezweckt die Erhaltung des Hausstandes während der Verhinderung der Hausfrau in denjenigen Bevölkerungsschichten, die hierzu fremder Hilfe oder vorsorgender Organisation bedürfen. Die Hauspflegerin hat aber neben der Hebamme die Pflege von Mutter und Säugling soweit zu übernehmen, wie ungelernte Kräfte dazu geeignet sind. Es empfiehlt sich, ältere, den gleichen Volkskreisen angehörende Frauen als Hauspflegerinnen zu verwenden.

2. Es liegt im Interesse der Säuglingsfürsorge, daß die Hauspflege zu einer umfassenden Volkseinrichtung ausgestaltet werde. Nur die Ersatzleistung der häuslichen Arbeit sichert der Wöchnerin außer der körperlichen auch die seelische Ruhe, die für gedeihliches Selbststillen erfordert wird. Die einem ungeschonten Wochenbett häufig folgenden Erkrankungen beeinträchtigen auch die weitere Pflege des Säuglings.

3. Es ist daher wünschenswert, daß innerhalb der Organisationen für Säuglingsschutz Unterabteilungen geschaffen werden, deren Aufgabe die Verbreitung und Einrichtung der Hauspflege bildet. Wo Hauspflegevereine bestehen, soll gemeinsam mit ihnen gearbeitet werden.

4. Die Hauspflege soll nach Möglichkeit nicht als reine Wohlfahrtseinrichtung, sondern in Form einer Berechtigung durch regelmäßige Beiträge der Beteiligten gestaltet und, wo angängig, der Selbstverwaltung überlassen werden. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Zur Milchversorgung auf dem Lande. Von Dr. Adolf Weber in Alsfeld. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 23.

In dem ungefähr 36000 Einwohner zählenden Oberhessischen Kreise Alsfeld betrug die Säuglingssterblichkeit im Durchschnitte der letzten 3 Jahre 7,5 Proz., in der Stadt Alsfeld jedoch nur 5,9 Proz. Die Ursachen dieser außerordentlich geringen Sterblichkeit liegen unzweifelhaft in der weit verbreiteten Stillfähigkeit und Stillust, ferner in günstigen sozialen und klimatischen Verhältnissen u. s. f.

Es kommt selten vor, daß eine Frau ihr Kind gar nicht stillt; oft aber erhalten die Kinder 9, ja 12 Monate und darüber die Brust. Hat die Mutter keine oder nicht genügend Milch, so wird in der Regel Kuhmilch als Ersatz gegeben. Während noch vor 15 Jahren auf den Ortschaften Milch in genügender Menge gegen geringes Entgelt gekauft werden konnte, hat sich dies jetzt völlig geändert, nachdem fast alle Bauern der Molkereigenossenschaft beigetreten sind und die Milch eine Handelsware, gewissermaßen bares Geld geworden ist. Kurz, es haben sich in der Milchversorgung sowohl quantitativ, als qualitativ häufig Störungen bemerkbar gemacht.

Nun hat in den letzten 10 Jahren die Zucht der Saaner Ziege im Kreise Alsfeld einen gewaltigen Aufschwung genommen; namentlich der kleine Mann, der sich keine Kuh halten kann, zieht 1 bis 2 Ziegen. Da die Ziegenmilch ihrer Zusammensetzung nach der Frauenmilch näher steht als die Kuhmilch, da ferner die Ziege seltener von Tuberkulose befallen wird als die Kuh, so erscheint die Ziegenmilch als bestes Ersatzmittel der Frauenmilch. Seit der aufblühenden Ziegenzucht sind die Klagen der kleinen Leute auf dem Lande

über Milchmangel verstummt und die Gefahren, die der Milchhandel für die Säuglinge hatte, nicht mehr zu fürchten.

Verfasser erwähnt noch, daß im Jahre 1910 aus dem Kreise Alsfeld für 10000 Mark Ziegen zum Teil nach Ungarn, Rußland und Schweden ausgeführt wurden.

Selbstverständlich muß die Ziege, wenn sie richtig gedeihen und eine gute wohlschmeckende Milch liefern soll, entsprechend gut gepflegt werden, insbesondere gute Stallung, gutes Futter und vor allem auch eine gute sonnige Weide erhalten, auf der Giftpflanzen, wie z. B. die lila-, rot- und weißblühenden Mohngewächse, die schön violettblühende Herbstzeitlose, der gelb und auch der purpurviolett blühende Fingerhut, mehrere gelbblühende Hahnenfußgewächse, die hell- und dunkelviolett blühende Wiesenschelle, die gelbblühende Dotterblume, die Kornrade, die Wolfsmilcharten, der schwarze Nachtschatten, die Tollkirsche, das schwarze Bilsenkraut, der Wasserschierling pp. nicht vorkommen, da diese Gifte in die Milch der Tiere übergehen und dadurch den Kleinen Schaden bringen können. Dr. Waibel-Kempten.

Zur Frage des Fabrikstillraumes. Von Dr. M. Baum. Zeitschrift für Säuglingsfürsorge; 1912, Nr. 1.

Die bisher geringe Verbreitung von Fabrik-Stillräumen erklärt sich aus physiologischen Gründen und bildet keineswegs einen Beweis für die Ungeeignetheit dieser Fürsorgeeinrichtung, deren Zweckmäßigkeit sich nicht wohl anfechten läßt. Es sollte eine intensive Werbung für Stillkrippen und Aufklärung der arbeitenden Bevölkerung über den Nutzen dieser Einrichtung einsetzen, um zunächst erneut einige Musterbeispiele zu schaffen und ihr dann überall dort, wo sie ohne Schaden für das Kind bestehen kann, zur Einführung verhelfen zu können Von gesetzlichen Zwangsmaßregeln ist zurzeit abzusehen, da gerade auf diesem Gebiet die rein formale Befolgung einer Vorschrift nichts bedeutet, sondern nur intensivste lebendige Arbeit gedeihlichste Entwicklung verspricht.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Heranziehung der säumigen Nährpflichtigen zur Erfüllung der Unterhaltungspflicht. Von Assessor Dr. Fuchs. Die Jugendfürsorge; 1912, Nr. 7.

Bei der Schwere des Delikts der Versäumung der Unterhaltungspflicht sollte es aus dem Rahmen der „Uebertretungen" entfernt und den „Vergehen" angereiht werden, zumal sonst immer zu besorgen sein wird, daß die Rechtsprechung Nährpflichtverletzern gegenüber allzu milde verfährt und unwirksame Strafen zur Anwendung bringt. Gefordert muß aber auch vor allem werden, daß die Gesetzgebung dieses Delikt nicht mehr als eine dem Schutz der Armenpflege vor mißbräuchlicher Inanspruchnahme dienende Bestimmung, sondern als Verletzung der Familienpflicht behandelt und dem gesetzlichen Tatbestande eine Fassung gibt, die eine Bestrafung der säumigen Nährpflichtigen auch dort ermöglicht, wo Unterstützung im Wege der öffentlichen Armenpflege nicht geübt wird, weil private Wohltätigkeit ihr Eingreifen entbehrlich macht. Ein neues wirksames Mittel zur Heranziehung der Nährpflichtverletzer verspricht der „Entwurf zu einem Gesetz über die Ausübung der Armenpflege bei Arbeitsscheuen und säumigen Nährpflichtigen", der vom Abgeordnetenhause bereits mit geringen Abänderungen angenommen ist. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber schwimmende Säuglingskrippen. Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik am 3. Juni 1912, von Dr. med. Gustav Tugendreich. Nebst technischen Erläuterungen von Reg.-Baumeister Reinicke-Friedenau. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1912, Nr. 14.

In Berlin starben im August 1911 273 Kinder im Alter von 2 bis 5 Jahren. Das war für diese Altersklasse die höchste Monatssterblichkeit des Jahres.

Die Sommersterblichkeit der Kinder ist keine reine Ernährungsfrage, sondern eine Wohnungsfrage; es wirken beide Faktoren zusammen. Es muß deshalb angestrebt werden, die Hitzeschädigung zu verhüten.

Besonders groß ist die Sommersterblichkeit der Kinder in Nordamerika, wo in den mit Wolkenkratzern bestandenen Straßen eine unerträgliche Tempe-

ratur herrscht; aber die Flucht ins Kühle ist nicht gleich bedeutend mit der Flucht ins Freie. Schon durch vernünftige Kleidung und Bettung des Kindes können die Gefahren der Hitze eingedämmt werden. Man fordert Reihen- und Einzelhäuser und schlägt vor, diese bewachsen zu lassen, weil sie sonst große Flächen der Sonne darbieten.

Man hat auch vorgeschlagen, in jeder Mietskaserne ein besonders kühl gelegenes und gut durchlüftbares Zimmer für die Säuglinge des Hauses freizuhalten. Der verpönte Keller ist wieder zu Ehren gekommen, wie anderseits auch Dachgärten empfohlen sind, bei denen aber die direkte Sonnenstrahlung abgemildert werden muß. Waldheime, Waldkrippen sind geschaffen; auch sind Schiffe als schwimmende Krippen konstruiert. Die Entwärmung des Körpers läßt sich auf einem schwimmenden Schiff sehr wirksam durchführen. Die Fahrt gegen den Wind erzeugt immer einen kühlenden Luftzug. Günstig wäre es, wenn das Schiff durch die Stadt fahren und so die Kinder sammeln und abliefern könnte.

In den technischen Erläuterungen wird über den Bau des Schiffes gesprochen, über den Schutz gegen direkte Sonnenstrahlen. Aber auch der Schutz gegen zu große Abkühlung wird erörtert, wobei es sich allerdings nur um eine kleine Heizungsanlage zu handeln braucht; denn es wird ja eine Erhöhung der Temperatur um nur einige Grade gefordert.

Die Frage der Versorgung mit frischem Wasser wird ventiliert und die Einrichtung eines Aufzuges im Schiffe besprochen, um die Kinder direkt in ihre kleinen Lagerstätten schaffen zu können.

Sodann kommt eine Kostenberechnung. Dr. Hoffmann-Berlin.

Ein billiges praktisches Säuglingsbett. Von Dr. Bruck-Kattowitz. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1912, H. 4.

Das Bett besteht aus einer 68—70 cm langen Bananenkiste; die leicht dazu brauchbar gemacht werden kann. An den Seiten ist sie mit waschbaren, an- und abknüpfbaren Linnen versehen und der Boden aus Holzwolle gebildet, die in gutes Matratzenleinen genäht wird. Die Kosten eines solchen, bequem auf 2 Stühlen aufstellbaren Bettchens betragen 1,60—1,90 M. Die Bananenkiste kostet 0,10 M., Leinen mit Bändchen 0,80—1,20 M. Holzwolle wird in der Regel geschenkt (gekauft 0,10 M.). Bezug: ca. 0,70—0,90 M. Für mittellose Ziehkinder, die kein eigenes Lager haben, ist etwas derartiges sehr wünschenswert. Aber auch für Krippen, überhaupt für einen großen Teil ehelicher Säuglinge hat das Bett die Vorzüge der Billigkeit. Der einzige Nachteil ist, daß die Kinder in der Regel nur die ersten 6—8 Monate darin bleiben können, weil das Bett nicht lang genug ist. Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

3. Krankenanstalten.

Isolierkrankenhäuser. Die Kontrolle und Isolierung ansteckender Krankheiten in dünn bevölkerten Grafschaften Englands. Vortrag vor der Midland Branch des engl. Medizinalbeamtenvereins. Von D. Dryburgh Gold M. D., D. P. H., County med. off. of health, Herefordshire. Public health; XXV 1912, Nr. 8.

Aus dem Vortrag seien zunächst folgende Worte des Dr. Newsholme des technischen Beraters des Local Government Board angeführt: Das Bild des Scharlachs ist zur Zeit viel milder, als jenes von vor 30 oder 40 Jahren; trotzdem vermag der Scharlach seine frühere Virulenz wieder zu erlangen — ein Umstand, der uns zeitweise auch auf dem flachen Lande wieder zum Bewußtsein kommt. So froh wir über die mild verlaufenden Fälle sein können, so wird durch sie die Schwierigkeit, einer endemischen Verbreitung vorzubeugen, wesentlich erhöht. Der Arzt wird nicht zugezogen, die Krankheit nicht erkannt; aus Mangel an Aerzten können die nötigen Ermittelungen für eine genauere Kontrolle nicht ausgeführt werden. — Die Abnahme der Mortalität — sagt Newsholme im Jahresbericht 1909/1910 — an Scharlach und Diphtherie in den letzten Jahren ist eher das Ergebnis einer günstigeren Sterblichkeit der gemeldeten Fälle, als eines verringerten endemischen Auftretens der Erkrankung; ein Rückfall in die frühere Mortalitätsziffer ist durchaus nicht unwahrscheinlich. Die Behandlung in Isolierkrankenhäusern

unter günstigen äußeren Verhältnissen hat in hohem Maße zu der günstigeren Prognose bei Scharlach beigetragen. Zur ausreichenden Isolierung gehört aber auch ein Dampfdesinfektionsapparat im Krankenhause; sonst genügt die Isolierung zur Kontrolle des Scharlachs nicht.

Mit dem Isolierkrankenhäusern ist es auf dem flachen Lande in England zur Zeit nicht günstig bestellt. Nach den Isolation hospital acts von 1893 und 1901 [1]) dürfen die Grafschaftsbehörden für die Errichtung und Erhaltung solcher Krankenhäuser jährliche Zuschüsse oder eine einmalige Summe gewähren. Es handelt sich um Beisteuer von £ 5 bis 10 pro Bett an Krankenhäuser, die aus Anleihen gebaut sind. So wird in Essex der Betrag jedesmal nach den Verhältnissen nach Besichtigung durch den Grafschaftsmedizinalbeamten festgesetzt. In anderen Grafschaften werden den Ortsbehörden Zuschüsse von $^1/_2$ bis $^1/_5$ der Bau- und Unterhaltungskosten bewilligt. Sind Anleihen nötig, so genehmigt das Local Government Board gewöhnlich kein Gebäude von vorübergehender Dauer und wenn ja, so wird die Periode der Rückzahlung eine sehr kurze sein müssen. In der Grafschaft, in der der Verfasser tätig ist, ist ein Krankenhaus aus Holz und Eisen, das nicht für die Dauer gebaut ist, für eine Bevölkerung von 23000 Einwohner dient und außer dem Grund und Boden 74 £ pro Bett kostet. Solche Gebäude können zwar bei Epidemien rasch aufgeführt werden, nach geraumer Zeit aber wird ihre jährliche Unterhaltung viel zu teuer. Verfasser verfügt ferner über kleine, dauerhafte Krankenhäuser mit 4 bis 10 Betten. Die Kosten für einen Kranken betragen außer Amortisation und Zinsen in einem Krankenhaus mit 66 Betten pro Woche 1,19 £, mit 8 Betten dagegen 4,11 £ und mit 4 Betten sogar 8,1 £. Dabei bleiben Scharlachkranke gewöhnlich 6, Diphtheriekranke 4 Wochen darin. Die Kosten pro Fall und Woche nehmen mit der Verkleinerung des Krankenhauses zu. Allerdings sind in den kleinen Häusern ein großer Prozentsatz der Betten unbenutzt. Dies gilt für die meisten kleinen Krankenhäuser, die kleinen ländlichen Distrikten dienen. Der Autor versteht den Widerstand der Ortsbehörden gegen die Erbauung von Krankenhäusern und schlägt vor, daß mehrere Distrikte sich zu diesem Zwecke vereinigen sollen. 3 oder 4 gute Hospitäler sind besser, als 7 oder 8 kleine, die ihren Zweck nicht erfüllen. 40—50000 Einwohner hätten ein solches Haus nötig. Zum Transport der Kranken empfiehlt er keine Motoren, wie in London, und wie sie Nash für Norfolk vorsieht, sondern Pferdefuhrwerk, das täglich 2—3 Kranke billiger, als ein Auto, ins Krankenhaus bringen könnte.

In kleinen Krankenhäusern können auch nur Patienten einer übertragbaren Krankheit ausreichend isoliert werden. Der Autor schließt: Kleine, unzureichende und teuer zu unterhaltende Isolierkrankenhäuser müssen vermieden werden. Durch Zusammenarbeiten von Distrikten und Bildung von „Hospital areas“ lassen sich größere Häuser mit all ihren Vorteilen gewinnen.

Dr. Mayer-Simmern.

Das öffentliche Säuglingskrankenhaus der Gemeinde Berlin-Weißensee. Von Dr. J. Ritter. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1912, Nr. 4.

Der Verfasser beschreibt diese Anstalt, die ihre ganz besondere Stellung unter den Säuglingsheilanstalten den Einrichtungen verdankt, durch die es den Charakter eines allgemeinen Krankenhauses für Säuglinge gewinnt. Es nimmt seine kleinen Patienten, abgesehen von der inneren Station, in die verschiedensten, der Leitung von Fach-Autoritäten unterstellten Spezialabteilungen für Augen-, Haut-, Hals-, Ohren-, ansteckende und chirurgische Krankheiten auf, ohne daß dabei irgendwie die für die Ernährungsweise und für die Berücksichtigung der kindlichen Eigentümlichkeiten Ausschlag gebende Stellung des Kinderarztes beeinträchtigt wird. Ferner ist das Säuglingskrankenhaus nicht nur in der bestimmten Absicht errichtet worden, sämtlichen kleinen Patienten bis zu anderthalb Jahren jede Behandlungsmöglichkeit zu gewähren, sondern auch, um diese von allen Zufälligkeiten, die gerade der Heilnährung dieses zartesten Lebensalters sich entgegenstellen, außer durch ausreichende Brusternährung, auch durch

[1]) Vergl. W. James Wilson in Medizinalwesen und Medizinalgesetzgebung von Kißkalt. Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege; 1912, 44. Bd., 2. H., S. 330.

Angliederung einer großzügigen Nahrungsbereitungsanstalt und eines musterhaft eingerichteten Kuhstalls unabhängig zu machen und mit Hilfe von Fürsorgestellen und eines Rekonvaleszentenheims gleichzeitig einer zu späten Aufnahme wie einer zu frühzeitigen Entlassung vorzubeugen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Pensions-Häuser für ältere, gebrechliche und alleinstehende Personen. Von Architekt G. Dornblüth-Wilmersdorf. Bemerkungen hierzu vom ärztlichen Standpunkte. Von Dr. P. Jacobsohn-Berlin. Zeitschrift für Krankenpflege; 1912, Nr. 6.

Der Bausachverständige ist der Ansicht, daß er in den mitgeteilten Entwürfen die künstlerische und bautechnische Lösung eines Pensionshauses für Bemittelte und die Klassen des mittleren Bürgerstandes gefunden hat, während der Arzt die Notwendigkeit und Bedeutung solcher Anstalten betont.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Das Krankenbett. Die Heilanstalt; 1912, Nr. 9.

1. Krankenbettstelle, ganz glatt, autogen geschweist, ohne unnötige Staub-Ablagerungsflächen, demontierbar.

2. Kopf- und Fußbretter ganz glatt, ohne jeden Beschlag, in die Bettstelle so eingesetzt, daß zwischen ihnen und der Bettstelle ein genügender Zwischenraum vorhanden ist, der eine leichte Reinigung der Bretter auch in eingehängtem Zustande zuläßt.

3. Die Bettstelle ist, wenn angängig, mit zwei Seitenholmen (Traversen) zu wählen, wodurch eine bessere Lagerung und Schonung der Polstermatratzen bedingt wird.

4. Als Material zum Füllen der Polstermatratze wähle man Roßhaar; Kapok, Indiafaser usw. sind als Füllmaterial zu verwerfen.

5. Die Polstermatratze muß ganz glatt in Façon gearbeitet sein, die Drellbezüge müssen, wenn möglich, leicht abnehmbar sein, um sie einer öfteren Reinigung durch Waschen unterziehen zu können.

6. Man wähle die Roßhaarmatratze zweiteilig.

7. Als Matratzenschoner verwende man nur gewebte Zellulose.

8. Das Kopfkissen ist mit Roßhaar zu füllen.

9. Zur beliebigen Einstellung der Rückenlagerung wähle man die Stahlmatratze mit einmontiertem, verstellbarem Rückenteil, wodurch ein besonderes Keilkissen gespart wird.

10. Die Kopfkissenfüllung besteht am besten aus Haarmaterial.

11. Als Zudecke wähle man leichte, reinwollene Decken, 150 $\times$ 205 cm.

12. Die Krankenbettwäsche besteht zweckmäßig aus Baumwollstoffen, nur die Kopfkissen sollten aus Reinleinen angefertigt werden.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Besprechungen.

Dr. Hans Kurella: Anthropologie und Strafrecht. Zwei Vorträge. Berlin 1912. Verlag von Fischers med. Buchhandlung. Kl. 8°, 89 S. Preis: 2 Mark.

Die beiden Vorträge des auf dem kriminalpsychologischen Gebiete erfahrenen Verfassers sollen der Lektüre warm empfohlen werden. In dem ersten wird ein Bild der Entwickelung des vielgeschmähten Forschers Cesare Lombroso gegeben mit besonderer Betonung seiner naturwissenschaftlichen und philosophischen Anschauungen. In dem zweiten wird an der Hand der Arbeiten des Intern. Krim. Anthropol. Kongresses zu Köln der Nachweis erbracht, daß die neuere Strafgesetzgebung, insbesondere die Strafgesetzentwürfe Deutschlands, Oesterreichs und der Schweiz durchaus unter dem Einfluß der kriminalanthropologischen und soziologischen Schulen steht. Daraus ergibt sich der große Erfolg der Lebensarbeit Lombrosos.

Dr. Pollitz-Düsseldorf.

Dr. Knepper, Landesmedizinalrat in Düsseldorf: **Welche Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung betreffs der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung muss der Arzt kennen?** Düsseldorf 1912. Verlag von L. Schwann.

Verfasser teilt sein Werkchen ein in einen allgemeinen und einen speziellen Teil. Letzterer behandelt: I. Die Pflichtleistung der Landes-Versicherungsanstalten, II. Das Heilverfahren. — Man erkennt bei der Lektüre sofort, daß Verfasser aus dem reichen Born eigener Erfahrung schöpft. Selbst der Erfahrene wird nach erfolgter Lektüre dieses Werkchen nicht ohne Nutzen aus der Hand legen, und die vielen angeführten Beispiele werden ihn an eigene Erlebnisse im Rentenverfahren erinnern. Ungemein nützlich muß aber dieses Buch für weniger Erfahrene und Anfänger sein, denen jedes Kapitel desselben recht viel zu lernen Gelegenheit bietet. Es ist dem interessanten Werkchen daher weiteste Verbreitung zu wünschen.

Dr. Thomalla-Altena-Lüdenscheid.

Dr. Cl. Dörr-Charlottenburg: **Hausmüll und Strassenkehricht.** Leipzig 1912. Verlag von F. Leineweber. Preis: 15 M.

Der auf diesem Gebiete als Fachmann bekannte Verfasser hat es verstanden, eine Uebersicht über die vielen bestehenden Systeme und Einrichtungen auf dem Gebiete der Hausmüll- und Straßenkehricht-Einsammlung, Abfuhr und Verwertung zu geben. Nach einem geschichtlichen Rückblick über die Entwicklung der Müll- und Straßenkehrichtabfuhr bespricht er die einzelnen Systeme der Hausmüllabfuhr (staubverhütenden und staubfreien Umleersysteme, Wechselsysteme und Dreiteilungssysteme), die Straßenreinigungsmaschine, die Straßenkehricht-, Schlamm- und Schneeabfuhr und die ortspolizeilichen Vorschriften und Gebührenordnung. Zum Schluß erörtert er noch das Fuhrwesen in Großstädten, die Automobilisierung der Straßenreinigung und die Verwertung bezw. Verbrennung von Hausmüll und Straßenkehricht.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Tagesnachrichten.

In Berlin hat der Magistrat in seiner Sitzung vom 4. d. M. dem vorjährigen Antrage der Stadtverordnetenversammlung entsprechend die Anstellung eines **Stadtmedizinalrates** als besoldetes Magistratsmitglied beschlossen, die bisher an dem Widerspruch des früheren Oberbürgermeisters gescheitert war. Die nähere Ausgestaltung der Stelle ist späterer Beschlußfassung vorbehalten.

Am 8. d. Mts. ist nach längerem Leiden der langjährige Vorsitzende des Deutschen Aerztevereinsbundes Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Loebker** in Bochum im Alter von 58 Jahren gestorben. Sein Tod bedeutet für den Aerztevereinsbund und damit für alle deutschen Aerzte einen fast unersetzbaren Verlust, der von ihnen gerade jetzt doppelt schwer empfunden werden wird, wo das bevorstehende Inkrafttreten der neuen Krankenversicherung die Aerzte vor die Entscheidung der schwerwiegendsten Standes- und wirtschaftlichen Fragen stellt. Seit Graf hat wohl niemand das Vertrauen der deutschen Aerzte in so vollem und unbeschränktem Maße genossen, wie der Verstorbene, und mit vollem Rechte; denn ganz abgesehen von seiner hervorragenden wissenschaftlichen Tätigkeit als Arzt und namentlich als Chirurg, hat er das Wohl und die Interessen des ärztlichen Standes in einer so aufopfernden, mannhaften, geschickten und klugen Weise wahrgenommen und die Geschicke des Deutschen Aerztevereinsbundes in so vorzüglicher Weise geleitet, daß sein Andenken allen deutschen Aerzten sicherlich unvergessen bleiben wird!

Ein **Deutscher Aerztetag** wird in diesem Jahre nicht mehr stattfinden. In der am 29. v. M. abgehaltenen Geschäftsausschußsitzung ist folgender Beschluß gefaßt: „1. Unter Berücksichtigung der allgemeinen Lage

und des jetzigen Standes der schwebenden wichtigsten Standss- und wirtschaftlichen Fragen sieht der Geschäftsausschuß von der Einberufung des Aerztetages vorläufig ab, behält sich aber vor, einen solchen sofort einzuberufen, sobald die Umstände es notwendig erscheinen lassen. 2. Der für 1913 zu erhebende Mitgliederbeitrag soll, wie bisher, 5 Mark pro Kopf der Vereinsmitglieder betragen und gezahlt werden wie üblich bis 1. Dezember. Der Geschäftsausschuß wird sich für diese Maßnahmen vom nächsten Aerztetag Indemnität erbitten.“ Zum zweiten stellvertretenden Vorsitzenden wurde für die Dauer der Erkrankung des ersten Vorsitzenden, Geh. Rat Prof. Dr. Loebker, der leider inzwischen bereits verstorben ist, San.-Rat Dr. Herzau in Halle a. S. gewählt.

Die **XII. ordentliche Hauptversammlung des Leipziger Verbandes** wird am 23. und 24. November d. J. in Leipzig (großer Saal des Kaufmännischen Vereinshauses, Schulstraße 5) stattfinden. Auf der Tagesordnung stehen: 1. Die Stellung des Arztes in der Angestelltenversicherung; Berichterstatter: San.-Rat Dr. Mugdan-Berlin. 2. Bericht über die Durchführung der Beschlüsse des Geschäftsausschusses des Aerztevereinsbundes vom 18. Februar 1912 über das Tarifabkommen mit den kaufmännischen Hilfskassen (Ersatzkassen), über die Verhandlungen mit dem Verband öffentlicher Lebensversicherungsgesellschaften und über die Ausführung der Beschlüsse vom 7. Juli 1912 betr. die Krankenkasse für Unterbeamte des Reichspostamtes.

Der **internationale Hygienekongreß in Washington** hat eine Resolution angenommen, nach der ein dauerndes Hygienebureau im Haag geschaffen werden soll. Der nächste Kongreß wird voraussichtlich in Moskau stattfinden.

Die Berliner Gesellschaft für Rassenhygiene hat ein **Preisausschreiben** erlassen über die Frage: Bringt materielles und soziales Aufsteigen der Familien Gefahren in rassenhygienischer Hinsicht? Es soll bei deren Bearbeitung besonders darauf Rücksicht genommen werden, daß nach den vorliegenden Erfahrungen in den wohlhabenden gebildeten Schichten der Städte, wie bei den bessergestellten Klassen der Arbeiterschaft sich ein starkes Sinken der Geburtsziffer bemerkbar macht und damit zu massenhaftem Erlöschen tüchtiger Familien, wie zur Ausschaltung wertvoller Erbanlagen aus dem Leben unserer Rasse führt. Umfang und Ursache dieser Erscheinung zu erforschen und die Bedingungen festzustellen, die unbewußt die Fruchtbarkeit und die Qualität der Familien beeinflussen, bleibt den Verfassern anheimgestellt, ebenso ob sie von physikalischen, genealogischen, statistischen oder anderen Gesichtspunkten an die Frage herantreten. Für die beiden besten Arbeiten sind Preise von 400 und 200 Mark ausgesetzt, die in einen zusammengelegt werden können. Preisrichter sind: Prof. Dr. v. Gruber, Martius, Dr. Plötz und der Vorstand der Gesellschaft. Auskunft erteilt deren Schriftführer Dr. Korff-Petersen, Charlottenburg, Marchstraße Nr. 15.

Erkrankungen und Todesfälle an anstekenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten sind in der Zeit vom 8. bis 21. September 1912 erkrankt (gestorben) an: Rückfallfieber, Pest, Cholera, Gelbfieber, Aussatz, Tollwut: — (—); Fleckfieber: 1 (—), 4 (—); Pocken: — (—), 2 (—); Milzbrand: 2 (—), 4 (1); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 4 (—), 7 (—); Unterleibstyphus: 308 (30), 283 (28); Ruhr: 14 (4), 5 (3); Diphtherie: 1190 (81), 1244 (79); Scharlach: 1224 (71), 1317 (77); Kindbettfieber: 83 (24), 92 (29); übertragbarer Genickstarre: 2 (1), 1 (2); Paratyphus: — (—), 11 (—); Fleisch- usw. Vergiftung: 6 (—), — (—); spinaler Kinderlähmung: 11 (2), 24 (2); Körnerkankheit (erkrankt): 295, 202; Tuberkulose (gestorben): 638, 618.

Mitteilung für die Vereinsmitglieder und sonstigen Abonnenten der Zeitschrift für Medizinalbeamte.

Die etwas ablehnende Haltung der diesjährigen Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins zur **Frage des Generalregisters zur Zeitschrift für Medizinalbeamte** hat in den beteiligten Kreisen vielfach Verwunderung erregt, die namentlich nach Versendung des offiziellen Berichts in zahlreichen Zuschriften an die Redaktion Ausdruck gefunden hat. So schreibt z. B. ein Kreisarzt:

„Zur Teilnahme an der letzten Hauptversammlung in Berlin am 26. April verhindert, sehe ich jetzt aus dem offiziellen Bericht S. 109, daß auch die Frage der Abfassung eines Generalregisters zur Zeitschrift für Medizinalbeamte dort zur Sprache gekommen und leider die Herausgabe des Registers auf Widerstand gestoßen ist. Ich bedauere das aufs Lebhafteste und nehme an, auch die Mehrzahl der Kollegen mit mir, selbst eine größere Anzahl der jüngeren Kollegen; denn wer auch nur die letzten Bände hat, der hat doch bei Bearbeitung irgend einer Frage aus unserer Disziplin das lebhafteste Interesse daran, sich schnell zu orientieren, wo Material über den Gegenstand zu finden ist. Da sucht er am besten immer in der Zeitschrift für Medizinalbeamte, die doch in kompendiöser Form mit ihrem Reichtum an Referaten und Versammlungsberichten die beste Quelle ist. Wir älteren Medizinalbeamten können uns dann zwar helfen, indem wir alle die vielen Bände einzeln im Register durchstudieren, aber bequem ist dies sicherlich nicht, sondern sehr zeitraubend. Wer aber nur wenige Bände hat, der müßte schon einem älteren Nachbarkollegen die Mühe dieses Durchstöberns zumuten, was er nicht braucht, wenn er sich aus dem Generalregister die betr. Bände selbst aussuchen und nun den benachbarten Kollegen um deren leihweise Ueberlassung bitten kann. Außerdem werden viele der jüngeren Kollegen sich auch ihre Bände durch Hinzukaufen früherer Jahrgänge ganz oder teilweise vervollständigt haben.

Ich möchte mich daher dringend für Anfertigung des Generalregisters aussprechen und sowohl Redaktion als Verlagsbuchhandlung ersuchen, die beabsichtigte Herausgabe nicht fallen zu lassen, sondern zunächst eine Subskription zu eröffnen, die sicherlich soviele Teilnehmer finden wird, daß die Herausgabe auch finanziell gesichert ist.“

Infolge dieser Zuschriften haben sich nunmehr Verlagsbuchhandlung und Redaktion zu Eröffnung einer solchen Subskription entschlossen und der heutigen Nummer der Zeitschrift eine **Bestellkarte** beigefügt. Die Herausgabe des Generalregisters und die Beibehaltung des außerordentlich billigen Preises von 20 Pf. für den Druckbogen oder **5—6 Mark** für das **ganze Register** kann aber nur erfolgen, wenn dieses **tunlichst von allen Vereinsmitgliedern und sonstigen Abonnenten der Zeitschrift** und zwar **unmittelbar** bei der Verlagsbuchhandlung durch die beifolgende Karte bestellt wird.

Gleichzeitig wird darauf aufmerksam gemacht, daß der **Kalender für Medizinalbeamte,** Jahrgang 1913, ebenso wie im Vorjahre in der ersten Woche des Dezembers d. J. zur Ausgabe gelangen wird. Bestellungen nimmt ebenfalls schon jetzt die Verlagsbuchhandlung entgegen. Preis: Ausgabe I für die preußischen Medizinalbeamten: **4 Mark**, Ausgabe II für die übrigen Medizinalbeamten: **3 Mark.**

Minden und Berlin, den 4. Oktober 1912.

Die Redaktion. **Die Verlagsbuchhandlung.**

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 21. Ausgegeben am 5. November 1912.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,

Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 21.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dam ständigen Hilfsarbeiter im Ministerium der öffentlichen Arbeiten Geh. San.-Rat Dr. Wagner in Berlin-Schöneberg; — als Geheimer Sanitätsrat: dem Privatdozenten Prof. Dr. Heßler in Halle a. S.; — das Prädikat als Professor: dem Privatdozenten Dr. Goldstein in Königsberg i. Pr.; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: den Kreisärzten a. D. Med.-Rat Dr. Michels in Adenau und Med.-Rat Dr. Cohn in Berlin-Wilmersdorf, bisher in Adelnau, dem San.-Rat Dr. Dietrich in Minden i. W., den prakt. Aerzten Dr. Stark in Karlsruhe und Hofrat Dr. Frankenberger in Nürnberg, dem Oberstabsarzt a. D. Dr. Broelemann in Berlin-Tempel.

hof, dem Regierungsarzt a. D. Dr. Schnee in Oberstdorf und dem Marinestabsarzt Dr. Gebeke; — der Kronenorden II. Klasse: dem Obergeneralarzt z. D. Dr. Ott in München; — der Kronenorden III. Klasse: dem Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Schlecht in Trier, dem Kreisarzt a. D. Geh. Med.-Rat Dr. Freyer in Stettin, dem Geh. San.-Rat Dr. Kroell in Straßburg i. Els., Geh. San.-Rat Dr. Fries in Göttingen, bisher Direktor der Landesheilanstalt in Nietleben und dem Geh San.-Rat Dr. Schmidt, Direktor der Brandenb. Landesirrenanstalt in Sorau (N.-L.); — die Rote Kreuz-Medaille II. Klasse; — dem Generalstabsarzt der Marine Dr. Schmidt, dem Generalarzt, Abteilungschef im Kriegsministerium Dr. Paalzow in Berlin, den San.-Räten Prof. Dr. Pernice in Frankfurt a. O. u. Dr. Falckenberg in Gelsenkirchen, den prakt. Aerzten Dr. Göller in Ludwigsburg und Dr. Hofmann in Sonneberg; — die Rote Kreuz-Medaille III. Kl.: dem Reg.- u. Med.-Rat Dr. Solbrig in Königsberg i. Pr., Geh. Med.-Rat Dr. Eras in Pirna, Kreisarzt Dr. Knospe in Schildberg, den San.-Räten Dr. Wiedeburg im Thüringer Waldsanatorium „Schwarzeck" bei Blankenburg-Schwarzathal, Dr. Maurer in Darmstadt und Dr. Büttner in Teterow i. M., dem Hofrat Dr. Dirr in Rosenheim, den prakt. Aerzten Prof. Dr. Paul Jacob in Berlin, Dr. Hans Geldner in Breslau, Dr. de Bary in Frankfurt a. M., Dr. Becker in Mausbach (Landkr. Aachen), Dr. Brieger in Kosel, Dr. Ojemann in Bremen und Oberstabsarzt a. D. Schoengarth in Breslau, den Generalober- u. Garnisonärzten Dr. Münter in Posen und Dr. Stock in Cöln, dem Generalober- u. Divisionsarzt Dr. Parthey in Cöln, dem Oberstabsarzt Dr. Brill in Lübeck, dem Stabs- u. Bataillonsarzt Dr. Maue in Zwickau, dem Oberstabs- u. Reg.-Arzt Dr. Drenkhahn in Detmold.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung: des Herzoglich Sachsen-Ernestinischen Hausordens: dem Geh. San.-Rat Dr. Stratmann in St. Goar; des Ritterkreuzes des Päpstlichen St. Gregoriusordens: dem San.-Rat Dr. Mertz in Potsdam.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Kösler, Assistent beim Medizinaluntersuchungsamt in Potsdam zum Kreisarzt in Adenau; Kreisassistenzarzt arzt Dr. Schulte in Sigmaringen zum Kreisarzt in Kochem.

Versetzt: Die Kreisärzte Med.-Rat Dr. Bremer in Berent nach Angerburg und Dr. Katluhn in Angerburg nach Insterburg; Prof. Dr. Schultze in Greifswald nach Göttingen; gleichzeitig von der Provinzialverwaltung zum Direktor der dortigen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt ernannt.

In den Ruhestand getreten: Die Kreisärzte Med.-Räte Dr. Thiele in Kochem und Dr. Heidenhain in Insterburg.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ebstein in Göttingen, Dr. Körbin in Potsdam, San.-Rat Billich in Großottersleben (Reg.-Bez. Magdeburg), Dr. Reimers in Bramstedt (Holstein), San.-Rat Günnemann in Lengerich (Reg.-Bez. Münster), Dr. Theobald Géronne in Niedermendig (Reg.-Bez. Koblenz), Dr. Britz und San.-Rat Dr. Schweitzer in Berlin, San.-Rat Dr. Wahle in Salzdetfurth (Reg.-Bez. Hildesheim), Geh. San.-Rat Dr. Brandes in Neuhaus a. E. (Reg.-Bez. Stade), Dr. Nathan-Berlin-Schmargendorf, San.-Rat Dr. Schüler in Berlin-Lichterfelde, Dr. Bredrow in Königsberg i. Pr., Prof. Dr. Hildebrandt in Halle a. S. (angeblich in den Alpen verunglückt).

Königreich Bayern.

Die Erlaubnis erteilt zur Anlegung der Königl. Württembergischen silbernen Karl Olga-Medaille: dem Bezirksarzt Dr. Sigmund Merkel in Nürnberg.

Ernannt: Der prakt. Arzt Dr. O. Ritter zum Bezirksarzt in Oberviechtach. — **Versetzt:** Der Bezirksarzt Dr. Eisenhofer in Parsberg in gleicher Eigenschaft nach Mühldorf. — **Gestorben:** Bezirksarzt Dr. Lutz in Mühldorf a. Inn, Hofrat Dr. Giulini in Nürnberg.

Königreich Sachsen.

Genehmigt die Annahme: der vom König von Preußen verliehenen mit der Ernennung zum Ehrenritter des Johanniterordens verbundenen Abzeichen: dem Arzt Dr. G. v. Einsiedel in Dresden; — des ihm vom Großherzog von Mecklenburg-Schwerin verliehenen Titels eines Großherzogl. Mecklenburgischen Geh. Sanitätsrates: dem Hofrat Dr. Hoffmann in Dresden.

Gestorben: Generaloberarzt z. D. Dr. Düms und Dr. Manteuffel in Leipzig, San.-Rat Gutte in Chemnitz.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen. Verliehen: Das Ehrenkreuz des Ordens der Württembergischen Krone: Dem Generaloberarzt Dr. Schaller, bisher Regimentsarzt in Ludwigsburg.

Ernannt: Privatdozent Dr. Nägeli in Zürich zum außerordentlichen Professor in der medizinischen Fakultät der Universität Tübingen.

Grossherzogtum Hessen.

Versetzt: Kreisarzt Med.-Rat Dr. Schäffer in Bingen in gleicher Eigenschaft nach Mainz.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Ernannt: Der Arzt Dr. Meddola zum ärztlichen Hilfsarbeiter beim Medizinalkollegium in Hamburg.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kohts in Straßburg i. Els., Kantonalarzt Voelkel in Bischweiler i. Els.

Erledigte Stellen.

Königreich Preussen.

Kreisassistenzarztstelle in **Gelsenkirchen** (Jahresremuneration: 2000 Mark).

Die Stelle eines Kreisassistenzarztes und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamt in **Potsdam.** Jahresremuneration: 2000 M. Bakteriologische Vorbildung erforderlich. Die Stelle kann auch einem noch nicht kreisärztlich geprüften Arzte vorläufig kommissarisch übertragen werden, wenn er den Bedingungen für die Zulassung zur kreisärztlichen Prüfung genügt und sich zur alsbaldigen Ablegung der Prüfung verpflichtet.

25. Jahrg. Zeitschrift 1912.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Nr. 21.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Nov.

Die Forschungen über die Aetiologie des Trachoms.[1])

Von Dr. **Pusch**, Kreisarzt und Vorsteher des Königlichen Medizinal-Untersuchungsamtes in Danzig.

Die starken Verheerungen, die in den Jahren 1798—1801 die bis dahin nur wenig bekannte und nur sporadisch beobachtete granulöse Augenentzündung sowohl unter den französischen, wie unter den englischen Truppen unmittelbar nach der Landung in Aegypten anrichtete, verlangten eine Aufklärung der Ursache des Leidens, um geeignete Abwehrmaßnahmen treffen zu können. Larrey, der Generalchirurg der Napoleonischen Armee, und andere Militärärzte hielten die Krankheit für eine „Fluxion catarrhale“ und erklärten ihre außerordentlich schnelle Verbreitung aus den besonderen Beschwerlichkeiten des Feldzuges — Märsche bei glühender Sonnenhitze durch wasserleere Sandwüsten, feuchte Kälte während der Nacht, Kampieren in ungesunden Gegenden, äußerste Anspannung durch Strapazen des Dienstes u. dergl. mehr. Ein ansteckendes Leiden wurde in der Krankheit zunächst nicht vermutet. Als aber nach der Rückkehr der Truppen die heimischen Garnisonen und von diesen aus in einer Reihe von Ländern auch die Zivilbevölkerung

[1]) Nach einem auf der dienstlichen Medizinalbeamten-Versammlung in Danzig gehaltenen Vortrage.

von der Erkrankung ergriffen wurden, da waren es die italienischen Aerzte Omodei und Scarpa, die zuerst mit Nachdruck den ansteckenden Charakter dieser Krankheit betonten. Durch die großen Heereszüge der Napoleonischen Zeit, die die Bevölkerung mit gewaltigen Truppenmassen in Berührung brachten, waren die günstigsten Bedingungen für die weitere Verschleppung der Krankheit geschaffen. Ganz besonders schwer ist die preußische Armee heimgesucht worden.

Das große Aufsehen, das die Verbreitung der Krankheit in der Militär- wie in der Zivilbevölkerung hervorrief, hat schon frühzeitig ein energisches Eingreifen der Behörden veranlaßt. Von historischem Interesse sind die Gesichtspunkte, unter denen die Bekämpfungsmaßregeln eingeleitet wurden. In der im Jahre 1822 herausgegebenen ersten Sammlung von Aktenstücken des preußischen Kultusministeriums über die kontagiöse Augenentzündung finden sich folgende Hauptsätze:

„Daß es eine Augenentzündung sui generis gibt, welche sich durch wesentliche pathognomonische Kennzeichen kundtut und die unter dem Namen „ägyptische Augenentzündung" bekannt geworden ist. Die Krankheit ist unwiderruflich ansteckend und sie folgt in ihren kontagiösen Verhältnissen durchaus den allgemeinen Gesetzen der Kontagion. Das Kontagion gehört zu den fixen, es wirkt also nur durch unmittelbare Berührung mit dem prädisponierten Organismus. Das Kontagium, mit ihm die Krankheit, ist eine Geburt der neueren Zeit. Der Mutterboden des Contagii, aus welchem es in unsern Weltteil überpflanzt ist, ist Aegypten. Von dem Heere ist dann später die Krankheit auch auf den Bürger und das Landvolk übergegangen. Die sogenannte ägyptische Augenentzündung gehört zur Gattung im Systeme der Schleimhäute; sie hat einen eigenen Verlauf und ist eine rein örtliche — — —."

Noch heute nach 90 Jahren müssen wir zugeben, daß bereits in diesen wenigen Sätzen der Charakter des Leidens in allen wesentlichen Zügen aufs treffendste gekennzeichnet worden ist. Die Widersprüche der verschiedensten Art, die damals und später gegen diese Auffassung erhoben worden sind, haben auf die Dauer nicht standhalten können. Die außerordentlich zahlreichen klinischen und epidemiologischen Beobachtungen lassen heutigen Tages ernsthafte Einwände gegen die Uebertragbarkeit nicht aufkommen.

Die ätiologische Forschung erstreckte sich, da man über das Wesen der Kontagion noch keine näheren Kenntnisse hatte, zunächst auf die prädisponierenden Momente. Man suchte auf diesem Wege Klarheit zu gewinnen, und so wurden durch mühsame Zusammenstellungen untersucht der Anteil der verschiedenen Altersstufen, die Beteiligung der Geschlechter, klimatische Einflüsse, Rassendisposition, Einwirkung von Staub, miasmatische Einflüsse, Aufenthalt in sumpfigen Gegenden usw. Bei allen diesen Prüfungen hat sich indessen immer wieder nur die eine positive Tatsache ergeben, daß der ärmere Teil der Bevölkerung, der unter ungünstigen hygienischen Verhältnissen lebt, besonders bedroht ist, und daß Mangel an

Reinlichkeit in genau derselben Weise wie bei den übrigen Infektionskrankheiten die Verbreitung des Ansteckungsstoffes außerordentlich begünstigt.

Die großen Entdeckungen von Robert Koch Ende der 70er und Anfang der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts eröffneten auch der Trachomforschung neue Perspektiven; mit großem Fleiß und großer Ausdauer waren die führenden Augenärzte der damaligen Zeit bemüht, den spezifischen Erreger der Granulose aufzufinden. Indessen so fruchtbringend die neuen Methoden sich auf den übrigen Gebieten der Medizin erwiesen, so versagten sie leider hier die nähere Aufklärung. Die erkrankte Augenbindehaut stellt einen guten Nährboden für sämtliche Mikroorganismen dar, und da sie frei zu Tage liegt, so kann es nicht Wunder nehmen, daß sich bei dem jahrelangen Verlauf des Leidens die verschiedensten Parasiten und auch pathogene Keime auf den Bindehäuten ansammeln. Die Untersuchungen waren dadurch außerordentlich erschwert; es konnte deshalb bei dem damaligen Stande unserer Kenntnisse nicht ausbleiben, daß selbst die besten Forscher auf falsche Fährten gelockt wurden und ihre Befunde nicht richtig einzuschätzen wußten, so daß diese kritischen Nachuntersuchungen nicht standhielten.

Des historischen Interesses halber sollen hier nur einige von den Untersuchungsresultaten der bekannteren Ophthalmologen angeführt werden:

Hirschberg und Krause wiesen in dem Bindehautsekret bei akutem Trachom Stäbchenbakterien nach, dagegen nicht bei chronischen Fällen. Sattler fand im Jahre 1881/82 im Trachomsekret wie im Follikelinhalt einen isoliert liegenden kreisrunden Micrococcus, der in seinem Wachstumverhalten große Aehnlichkeit mit dem Neisserschen Gonococcus aufwies. Im Jahre 1886 berichtete Michel über seine Befunde bei einer in einem Waisenhaus ausgebrochenen Trachom-Endemie, bei der er im ausgepreßten Follikelinhalt kulturell Diplokokken vorfand, die viel kleiner waren als die Gonokokken, ihnen im wesentlichen aber glichen. Impfversuche mit den Kulturen dieser Diplokokken riefen auf der menschlichen Augenbindehaut Follikelbildung hervor, so daß sie Michel als die spezifischen Erreger des Trachoms ansprach. Schmidt-Rimpler konnte 1888 durch seine Untersuchungen die Befunde von Sattler bestätigen, während 1887 die Befunde von Michel durch Goldschmidt und Staderini Bestätigung erfuhren. Gegen die von Michel ausgesprochene Ueberzeugung, daß die von ihm beschriebenen Diplokokken die spezifischen Erreger des Trachoms seien, trat Baumgarten mit dem Hinweis auf, daß es sich möglicherweise um einen Zufallsbefund, um schmarotzende Bewohner der Bindehaut handele, und daß erst Kontrolluntersuchungen an gesunden Augen weitere Aufklärung hierüber bringen müßten. Auch Sattler und Schmidt-Rimpler machten bald darauf ähnliche Bedenken geltend. Leber konnte 1896 auf Grund eigener umfangreicher Untersuchungen in Uebereinstimmung mit den bereits von Baumgarten erhobenen Einwendungen ebenfalls feststellen, daß der Erreger des Trachoms noch nicht mit Sicherheit ermittelt sei. 2 Jahre später sprach sich auch Uthoff in dem gleichen Sinne aus. Erwähnenswert ist noch, daß Ende der 90er Jahre der Wiener Ophthalmologe Müller bei seinen Untersuchungen besonders häufig Stäbchen vom morphologischen und kulturellen Verhalten der Influenza-Bazillen gefunden hat und diesen eine ätiologische Bedeutung für das Zustandekommen des Trachoms zuschrieb. Etwa um die gleiche Zeit wurden von Gromakowski bei trachomkranken Soldaten Mikroorganismen nachgewiesen, die den Koch-Weekschen Bazillen ähnelten.

Gerade diese beiden letzten Befunde zeigen aufs deutlichste, daß auf der trachomatös erkrankten Bindehaut neben den verschiedensten Parasiten auch eine Reihe von pathogenen Keimen vorkommen kann — und zwar besonders bei sekundären Entzündungserscheinungen —, die indessen mit dem Trachom in keinem näheren ursächlichen Zusammenhang stehen.

Das Resultat aller dieser ätiologischen Forschungen faßte Sämisch im Jahre 1904 in seinem „Handbuch der Augenheilkunde" bei der ausführlichen Darstellung der Granulose in folgenden Worten zusammen:

„Man darf wohl mit Sicherheit annehmen, daß sich der bis jetzt leider noch unbekannte, die Conjunctivitis granulosa hervorrufende Mikroorganismus im Sekret und auch im Gewebe der erkrankten Bindehaut, somit auch im Inhalt der Granula vorfindet. Leider sind die überaus zahlreichen und zum Teil sehr eingehenden Forschungen nach ihm bis jetzt erfolglos geblieben, doch wird es sicherlich weiter vervollkommneten Untersuchungsmethoden gelingen, ihn aufzufinden."

Eine neue Aera in der Trachomforschung begann mit der Einführung der Giemsaschen Färbemethode, die die Darstellung von zahlreichen feineren histologischen Einzelheiten ermöglichte, über die uns die bisherigen Verfahren keine Aufklärung gegeben hatten. Die Giemsa-Lösung ist eine Mischung von Methylen-Azur, einem Umwandlungsprodukt des Methylenblaus, mit Methylenblau und Esoin gelöst in Glyzerin und Methylalkohol. Schaudinn hatte bei seinen Protozoenforschungen die große Leistungsfähigkeit der Giemsa-Lösung erkannt; als er im wesentlichen mit ihrer Hilfe die Spirochaeta pallida als den Erreger der Syphilis entdeckt hatte da war es naheliegend, die neue Methodik gerade bei jenen Krankheiten anzuwenden, deren Erreger sich bisher noch dem Nachweis entzogen hatten und bei denen mit der Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit gerechnet werden mußte, daß sie den Protozoen angehören. So wurde auch wieder der Trachomätiologie erneutes Interesse zugewandt:

Halberstaedter und v. Prowazek bedienten sich des Giemsa-Verfahrens bei ihren Trachomforschungen anläßlich einer Expedition nach Java und gaben die hierbei erhaltenen Befunde 1907 in den „Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt" bekannt. Zu gleicher Zeit hatten auch Greeff und seine Schüler bei den im amtlichen Auftrage vorgenommenen Granulose-Bereisungen in Ost- und Westpreußen und Posen in der gleichen Richtung Untersuchungen angestellt, deren vorläufige Ergebnisse sie unmittelbar nach dem Erscheinen der erstgenannten Arbeit veröffentlichten. Sowohl Halberstaedter und v. Prowazek, wie Greeff fanden mikroskopisch in Ausstrich-Präparaten die gleichen eigentümlichen Gebilde, und zwar die beiden ersten Forscher nur in den Epithelzellen der trachomatös erkrankten Bindehaut, während sie Greeff auch im Follikelinhalt feststellen konnte. Halberstaedter und v. Prowazek beschrieben ihre Befunde in den Epithelzellen in der Nähe des Kerns als „runde oder ovale, dunkelblau oder violett sich färbende, nicht völlig homogene Massen." Innerhalb dieser Zelleinschlüsse beobachteten sie feinste, scharf umschriebene, nach Giemsa rot bis violett gefärbte Körnchen, die kleiner als die kleinsten bekannten Kokken sind. Diese kleinsten Körnchen teilen sich nach Art der Diplokokken, so daß oft diplokokkenähnliche Gebilde entstehen; häufig fanden sich auch hantelförmige Gestalten bei der Teilung. In manchen Fällen waren die blauen Einschlußmassen zerfallen, und die Zellen waren alsdann von roten Körnchen besonders

stark ausgefüllt. Greeff gibt im wesentlichen die gleichen Characteristica für diese Gebilde an; er betont noch besonders, daß sie die Gram-Färbung nicht annehmen.

Wie sind nun diese Gebilde zu deuten?

Halberstaedter und v. Prowazek, die über eine große Erfahrung auf dem Gebiete der Protozoenforschnng verfügen, vertraten von Anfang an den Standpunkt, daß die feinsten körnchenförmigen Körperchen die eigentlichen Parasiten und die blauen, unregelmäßig geformten Einschlußmassen Reaktionsprodukte der Zelle seien. Da diese Massen den blauen Ton des Plastins der Kernkörperchen, der Nukleolen, annehmen, so nannten sie diese Gebilde Plastinsubstanzen. Bei der Uebertragung der Körnchen auf anthropomorphe Affen zeigte sich eine deutliche Vermehrung. Nach analogen Befunden bei anderen Untersuchungen rechnen sie die Körnchen, da sie mit einem Protoplasmamantel, einer Chlamys, umgeben sind, zu den Manteltieren oder Chlamydozoen. Die Chlamydozoen stehen nach der Auffassung von Halberstaedter und v. Prowazek zwischen den Bakterien und Protozoen. Der Einwurf, daß die fraglichen Körnchen lediglich Chromidien und keine Parasiten seien, wird widerlegt durch die bereits erwähnte Tatsache, daß sie sich teilen und daß sie auch im Zell-Kern gefunden werden, während Chromidien ausschließlich Gebilde des Protoplasmas sind, und zwar Körper, die sich durch ihr Lichtbrechungsvermögen und ihre Färbbarkeit mit Kernfarbstoffen von dem übrigen Protoplasma unterscheiden, sich also wie das Chromatingerüst des Kernes oder wie die Nukleolen verhalten. Greeff tritt mehr für die Bakteriennatur der körnchenförmigen Körperchen ein; auch Doflein gibt der Meinung Ausdruck, daß die Chlamydozoen sich eng an die Bakterien anschließen. Daß es sich bei diesen Gebilden nicht um eosinophile Granula handeln kann, wird durch ihre Lagerung sowie durch ihr morphologisches und tinktorielles Verhalten bewiesen. Die Untersuchungsergebnisse der genannten Forscher sind durch eingehende Nachprüfungen besonders von Leber und Hartmann in vollem Umfange bestätigt worden, die auch in der Deutung der Befunde den gleichen Standpunkt vertreten.

Wie steht es weiter mit den ätiologischen Beziehungen dieser Gebilde zum Trachom?

Bereits Halberstaedter und v. Prowazek hatten in ihrer ersten Mitteilung darauf hingewiesen, daß sie diese Gebilde nur bei Trachomkranken gefunden haben. Bei den Uebertragungsversuchen auf Orang-Utans fanden sie eine reichliche Vermehrung der körnchenförmigen Körperchen; die für das Trachom charakteristische Follikelschwellung konnten sie dagegen nicht feststellen. Sie schliessen, daß die Follikelschwellung etwas sekundäres und die Epithelerkrankung das primäre sei, und sprechen die Vermutung aus, daß die von ihnen gefundenen Gebilde mit der Aetiologie des Trachoms in Zusammenhang zu bringen seien. Greeff bringt im Klinischen Jahrbuch eine ausführliche Besprechung seiner umfangreichen experimentellen Forschungen in seiner Arbeit „Die Uebertragbarkeit des Trachoms“. Seine Versuche mit den gewöhnlichen Laboratoriumstieren, Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden, hatten bei den verschiedensten Anordnungen stets ein negatives Resultat. Auch bei niederen Affen (Meerkatzen) waren die Impfungen sowohl auf die normale Bindehaut sowie nach vorheriger Erzeugung eines Reizzustandes ergebnislos, während es verschiedenen italienischen Forschern gelungen war, deutliche trachomatöse Erkrankungen an dieser Affenart hervorzurufen. Greeff erklärt diese Erfolge mit klimatischen Einflüssen, die für die Entwicklung des infektiösen Prozesses offenbar besonders günstig sind. Mit Pavianen haben sowohl Greeff selbst wie sein Schüler Di Santo Resultate erzielt, durch die er ebenso wie Halberstaedter und v. Prowazek bei Orang-Utans ein einwandfreies Haften des Trachomvirus nachweisen konnte, wenngleich, wie Greeff ausdrücklich hervorhebt, „in dem Modus der Empfänglichkeit und in der Ausbildung des klinischen Bildes doch sehr erhebliche Verschiedenheit gegen den Menschen zu konstatieren ist.“ Desto interessanter ist es, daß Greeff Gelegenheit hatte, zwei Uebertragungen von Mensch zu Mensch auszuführen, an 2 Versuchspersonen, die sich aus wissenschaftlichem Interesse freiwillig hierzu erboten hatten. In dem einen Falle verlief die Impfung völlig ergebnislos, in dem anderen war dagegen nach

14 Tagen das typische Bild eines schweren Trachoms entwickelt. Bei dieser letzteren Versuchsperson war durch genaue Prüfung vor der Infektion das Fehlen der von ihm als „Trachomkörperchen“ bezeichneten Gebilde festgestellt worden. Am 13. Tage nach der Impfung waren dagegen die erwähnten Gebilde nachweisbar. Auf Grund seiner eigenen Untersuchungen und der nicht minder ausgedehnten Arbeiten seiner Schüler kommt Greeff zu dem Schluß: „Es ist wohl sicher, daß der Erreger des Trachoms in diesen Gebilden — i. e. Trachomkörperchen — gefunden ist.“

Die vorstehend besprochenen Untersuchungsergebnisse sind an einer Reihe von Universitäts-Augenkliniken aufs eingehendste nachgeprüft worden und fanden ihre Bestätigung durch die Arbeiten von Stargardt, Werner, Gutfreund, Goldberg, Wolfrum, Grüter und Jade. Von allen wird hervorgehoben, daß sie die „Trachomkörperchen“ bei einem mehr oder weniger hohen Prozentsatz der frischen Trachomfälle dagegen nicht bei anderen Bindehauterkrankungen gefunden haben und deshalb die Körperchen als etwas für Trachom „spezifisches“ oder vielleicht nur „charakteristisches“ halten, wenngleich alle die Aetiologie noch nicht für sicher erwiesen anerkennen. Aus der großen Reihe der hierüber ermittelten interessanten statistischen Daten können hier nur einige wenige Zahlenangaben angeführt werden:

Grüter, der das Krankenmaterial der Greifswalder Augenklinik bearbeitet hat, prüfte etwa 50 Fälle von Trachom und außerdem zahlreiche andere Augenleiden. Von den 50 Trachomkranken befanden sich 31 im frischen katarrhalischen Stadium, die sämtlich mit einer Ausnahme unbehandelt waren. Bei 21 von den 31 unbehandelten fanden sich die „Trachomkörperchen“, bei den behandelten war der Befund negativ. Auf der klinischen Höhe des Krankheitsbildes war der Befund am sichersten. Immerhin ist es auffallend, daß 9 unbehandelte Fälle einen völlig negativen mikroskopischen Befund ergaben. Weiterhin konstatierte Grüter, daß die Schwere des Krankheitsbildes mit dem mikroskopischen Befund in keinem Verhältnis steht. Den schönsten Befund hatte er bei einem klinisch leichten Fall, bei dem sich massenhaft „Trachomkörperchen“ vorfanden. Im Narbenstadium des Trachoms war der Befund stets negativ, desgleichen auch bei den von ihm untersuchten sonstigen Augenleiden. Grüter ist deshalb wie die übrigen vorerwähnten Untersucher der Ueberzeugung, daß die Körperchen für Trachom spezifisch sind.

Weitere außerordentlich wichtige Beiträge für die Deutung und ätiologische Bewertung der Trachomkörperchen lieferten die Untersuchungen von Heymann im hygienischen Institut in Breslau, publiziert im September 1909: Während Greeff auch den freien und mantellosen Doppelkörperchen einen diagnostischen Wert beilegt, betont v. Prowazek die Bedeutung des blauen Plastinmantels, der erst eigentlich den Körperchen ihren Charakter als Chlamydozoen verleiht. Heymann konnte nun nachweisen: 1. daß die freien Doppelkörnchen so häufig bei anderen Augenleiden gefunden werden, daß ihr Vorhandensein nicht einmal den Verdacht auf Trachom rechtfertigt, — sie kommen z. B. in den Harnröhren-Epithelien bei Gonorrhoe vor — und 2. daß die mit Plastinhülle versehenen Körperchen viel seltener in Trachomfällen aufzufinden sind, daß er sie aber in 4 Fällen von gonorrhoischer Bindehauteiterung feststellen konnte, zu denen sich kurze Zeit darauf noch 6 weitere Fälle hinzugesellten. Heymann kommt daher zu dem Schluß, daß es nicht angängig ist, die von Halberstaedter, v. Prowazek und Greeff entdeckten Gebilde als spezifisch für das Trachom zu erklären, solange der Nachweis von der Verschiedenheit der beim Trachom und bei der Bindehautgonorrhoe gefundenen fehlt. Heymann weist ferner darauf hin, daß selbst dann, wenn sich die Gebilde als etwas für Trachom spezifisches ergeben sollten, noch lange nicht der Nachweis erbracht ist, daß sie auch die Erreger sind; es fehle noch jeder Beweis, daß die Gebilde belebt sind.

Eine Reihe weiterer Untersucher stellte gleichfalls fest, daß die körnchenförmigen Körperchen nicht nur in frischen Fällen von Trachom, sondern auch bei Eiterungen zu finden sind und zwar vor allem bei gonokokkenfreien Bindehauteiterungen:

Velhagen fand z. B. körnchenförmige Körperchen bei einem skrophulösen Schwellungs-Katarrh und einer gonokokkenfreien Blennorrhoea neonatorum. Lindner hat die Körperchen in 15 Fällen von gonokokkenfreier und in 1 Fall von gonokokkenhaltiger Blennorrhoe nachgewiesen; im Jahre 1911 berichtete er sogar von ihrem Vorkommen bei der gonokokkenfreien Urethritis des Mannes. Er vermutet daher ebenso wie Stargardt, daß das Trachom möglicherweise mit der Blennorrhoea neonatorum, und zwar der sogen. Form der Einschluß-Blennorrhoe identisch sei — Trachom der Neugeborenen. Wolfrum weist ebenfalls auf die mannigfachen Annäherungspunkte zwischen Trachom der Erwachsenen und Einschluß-Blennorrhoe hin. Bei der letzteren seien die Einschlüsse häufig noch zahlreicher als beim Trachom; das Fehlen der Follikelbildung werde durch den Mangel an adenoidem Gewebe in den ersten Lebensmonaten bedingt. Nach Wolfrum sind daher Einschluß-Blennorrhoe und Trachom ätiologisch identische Krankheiten. Auch Jade fand die Körperchen bei gonokokkenfreier Blennorrhoea neonatorum, nicht dagegen in den Genitalien der Mutter; bei Trachom konnte er sie manchmal massenhaft, manchmal garnicht feststellen. Gegen die einheitliche Aetiologie von Trachom und Einschlußblenorrhoe spricht die Tatsache, daß beide nicht annähernd in gleicher Häufigkeit und an den gleichen Orten vorkommen.

Der Nachweis der Trachomkörperchen bei der gonorrhoischen Bindehauteiterung veranlaßte Herzog zu einer eingehenden Prüfung der Beziehungen dieser Gebilde zu den Gonokokken. Auf Grund seiner Untersuchungen kam Herzog zu folgenden Ergebnissen:

I. Durch fortgesetzte Züchtung von Gonokokken-Reinkulturen erhält man schließlich Formen, die bei Giemsa-Färbung das gleiche morphologische Verhalten aufweisen wie die Trachomkörperchen. Herzog bezeichnet sie daher als Involutionsform des Gonococcus oder „Mikrogonokokken".

II. Bei zweifelloser Gonokokken-Blennorrhoe des Auges verschwinden nach dem Rückgang der akut entzündlichen Erscheinungen die typischen Gonokokken und es treten die den Trachomkörperchen gleichenden Involutionsformen auf.

III. Bei frischen Trachomfällen konnten intraepithelial neben „Mikrogonokokken" vom Habitus der normalen Gonokokken (Uebergangsformen zu den Mikrogonokokken) gleichzeitig die aus den definitiven Involutionsformen gebildeten Trachomkörperchen nachgewiesen werden.

IV. Ueberimpfung einer Gonokokken-Reinkultur auf die normale, trachomkörperchenfreie Bindehaut eines wegen Glaucoma absolutum völlig erblindeten Auges ergab 14 Tage post infektionem typisch entwickelte Trachomkörperchen.

Herzog faßt daher die Trachomkörperchen als eine Involutions- oder Mutationsform des Gonococcus auf, hervorgegangen durch „symbiotische Anpassung an einen intraepithelialen Parasitismus" und fortdauernde Vermehrung innerhalb der Epithelzellen der Conjunctiva, „hierselbst dabei die bekannten, als Trachomkörperchen bezeichneten Zoogloeen bildend."

Diese Auffassung von Herzog hat heftigen Widerspruch erfahren, vor allem durch Halberstaedter, der die Herzogschen Ausführungen für unbewiesen hält, und durch Lindner, der darauf hinweist, daß ja gerade bei den Blennorrhoeformen, bei denen die Epitheleinschlüsse gefunden wurden, niemals Gonokokken nachgewiesen worden sind.

Eine Stütze für die enge Verwandtschaft von Conjunctivitis blennorrhoica und Trachom bringen dagegen die Beobachtungen von Gorkunow, der durch Behandlung mit Gonokokkenvakzine, die gar nicht lokal zu sein brauchte, sichere Heilungen bei beiden Erkrankungen erzielt hat.

Gänzlich hiervon abweichend sind die Anschauungen von Wolbach und Mc. Kee. Diese beiden haben ähnliche Körnchen in krankhaften Schleimsekreten gefunden und halten deshalb die Trachomkörperchen als das wahrscheinlichste Produkt einer pathologisch vermehrten Schleimsekretion.

Wenn wir uns nun angesichts dieses heftigen Widerstreites der Meinungen zum Schluß die Frage vorlegen: Was haben uns die zahlreichen neueren Forschungen über den Granuloseerreger für ein endgültiges Ergebnis geliefert? so muß bisher die Antwort dahin lauten, daß sie uns zweifellos ein außerordentlich reichhaltiges, interessantes neues wissenschaftliches Material beigebracht haben, das uns aber sichere Schlüsse über die Aetiologie des Trachoms leider noch nicht ermöglicht.

Die hygienischen Einrichtungen der Seebadeorte auf den Inseln Usedom-Wollin.

Ein Beitrag zur Kurorthygiene.[1])

Von Kreisarzt Dr. **Kurpjuweit**-Swinemünde.

Die Seebadeorte der vorpommerschen Bucht werden in jedem Sommer von vielen Fremden aufgesucht. Namentlich für Mitteldeutschland und für Berlin sind die in bequemer Eisenbahnfahrt erreichbaren Bäder eine wichtige Erholungsstätte. Namen wie Ahlbeck, Bansin, Heringsdorf, Misdroy, Swinemünde, Zinnowitz u. a. sind allgemein bekannt und vielleicht vielen geläufiger, als der Name der Inseln Usedom-Wollin, auf denen diese Badeorte liegen.

Das landschaftliche Bild der Inseln ist ein außerordentlich wechselreiches und ihre Bodengestaltung so mannigfach, daß sie nicht allein das Interesse der Kurgäste, sondern auch der Geologen erwecken.

Die Inseln bestehen aus zahlreichen Hügeln bis zur Höhe von 95 m, den älteren Inselkernen, und dem jüngeren Schwemmland, den Dünen und großen Mooren.

Die Inselkerne[2]) stellen Ablagerungen aus dem Moränenschutt der vorgeschichtlichen Riesengletscher dar, die sich von Skandinavien bis zur norddeutschen Tiefebene erstreckten und von tonigem Mergel mit nordischen Gesteinsblöcken, ferner von Sand, Kies- und Kreideschollen gebildet wurden. Das Schwemmland stammt wohl teilweise von den vorgelagerten, großen

---

[1]) Nach einem Referat auf der Bezirksmedizinalbeamten-Versammlung in Swinemünde am 15. Juni 1912.

[2]) Kranz: Führer durch Swinemünde und Umgegend; 1912.

Sandbänken (Oderbank) und von benachbarten Inselkernen. Aus den Sandanschwemmungen bildeten sich weiterhin die Dünen.

Schwedische Karten aus dem Jahre 1694 lassen erkennen, daß der damalige Strand erheblich weiter nach innen verlief. Die beiden Molen bei Swinemünde, deren Bau 1745 unter Friedrich dem Großen begonnen und 1830 beendet wurde, begünstigen die Anlandung, ebenso auch der hinausgebaute Seesteg und die Seebadeanstalten. Die Anlandung betrug in den letzten Jahren neben den Molen 1,5—2,2 m jährlich; an der Steilküste bei Misdroy findet dagegen ein Landverlust von 1 m im Jahre statt.

Alle diese Veränderungen im Landschaftsbilde vollziehen sich aber ganz allmählich und wenig augenfällig.

Ueberall, wo die Inselkerne dicht an die See herantreten, fallen ihre Abhänge steil zur See ab. Der vorgelagerte Strand ist dann schmal und als Badestrand wenig geeignet, da die Gesteinsblöcke der Inselkerne den Badenden gefährden können und kleineres Geröll sich unangenehm bemerkbar macht. Größere Anhäufungen von Gesteinsblöcken bilden die Steinriffe, die den Strand vorgelagert sind. Das Vineta-Riff bei Koserow ist wohl auch von derartigen Gesteinsblöcken gebildet.

Im allgemeinen ist der Badestrand feinkörnig und sandig. Er fällt langsam zur See ab. Tiefe Stellen, die den Badenden gefährden können, kommen innerhalb der Badegrenzen nur selten vor.

An dem über 75 km langen, etwas buchtenförmigen Strand liegen 14 Badeorte, zu denen sich bald noch 3 neue Badeorte gesellen werden.

An der Binnenseite schneidet das Stettiner Haff und die Ausbuchtung der Peene, das Achterwasser, tief in die Inseln ein, so daß die Insel Usedom an einer Stelle nur 400 m breit ist.

Auf den Inseln verstreut liegen zahlreiche größere und kleinere Binnenseen. Fernerhin bedeckt meilenweit Laubwald und Nadelwald die Hügel und das Flachland. Gerade dieser Wechsel zwischen Wald, Seen und Ostsee erzeugt Bilder großer landschaftlicher Anmut.

Das Klima der Inseln wird durch die Ostsee ganz erheblich beeinflußt. Der Herbst und Winter sind nach den Mitteilungen von Kremser[1]) wärmer, als im Binnenland, während das Frühjahr und der Sommer kühler sind. Der Herbst ist ferner durch eine Reihe sehr schöner Tage ausgezeichnet, die dem sogenannten Altweibersommer auf dem Festland entsprechen. Der Unterschied zwischen den höchsten und tiefsten Temperaturen ist an der See geringer als im Innern. Im Mittel vieler Jahre betragen:

	an der mittleren Ostsee	im mittleren deutschen Flachlande
die höchsten Temperaturen . .	29°	32°
die tiefsten „ .	— 13°	— 17°
die Gesamtschwankungen . . .	42°	49°

[1]) Deutsches Bäderbuch; 1907, S. 92.

Die täglichen Schwankungen zwischen Tagesmaximum und Tagesminimum sind also geringer, als im Binnenland.

Die Luft ist infolge der ständigen Wasserverdampfung etwas feuchter, als im Innern. Die relative Feuchtigkeit sinkt im Juli von 75 % an der Ostsee, auf 65 % im Binnenland.

Die Bewölkung und Häufigkeit der Niederschläge wechselt von Ort zu Ort. Im allgemeinen ist die Badesaison (Mai bis September) an der See relativ regenärmer (unter 50 % der Jahresmenge), als im nichtgebirgigen Binnenland (50—60 % der Jahresmenge). Hier ist der Sommer die Hauptregenzeit, an der Küste der Herbst und Winter. Schnee fällt im Binnenland mehr, als an der Küste.

Die Geschwindigkeit der Luftbewegung ist eine erheblich größere an der See, als im Binnenland, da die Oberfläche der See einen geringeren Reibungswiderstand bietet, und da die Luftwirbel nahe der Küste auf dem Meere wandern. Die Windrichtung ist fast die gleiche, wie im Binnenlande. An warmen, heiteren Tagen bringt die Seebrise Erfrischung, während in der Nacht, wie am frühen Morgen kalte Luft vom Lande über die Küste nach dem Meere streicht (See- und Landwind).

Die Staubreinheit der Luft spielt eine große Rolle. Die Zahl der Staubteilchen beträgt nach den Messungen mit dem Aitkenschen Apparat auf dem offenen Meer nur einige hundert im Kubikzentimeter, während sie im Gebirge weit höher ist, und in den Städten auf mehrere Hunderttausend steigt.

Neben diesem günstigen Klima kommt als therapeutischer Faktor weiterhin das Baden in der See in Betracht. Die Temperatur des Seewassers, welche niedriger als in den gewöhnlichen Bädern ist, die Bewegung des Wassers (der Wellenschlag) und der Salzgehalt sind dabei von Bedeutung. Unter dem Einfluß der tieferen Temperatur, des Kältereizes, tritt nach den Beobachtungen, die schon Virchow in Misdroy angestellt hat, eine Erniedrigung der Körperwärme um rund 1,5° C. ein. Nach dem Bade wird die Wärmeproduktion und die Kohlensäureausscheidung gesteigert. Es findet auch eine vermehrte Verbrennung von Fett statt. Der Salzgehalt des Seewassers von 0,4 bis 1,9 % ist hierbei wohl von geringerer Bedeutung, ebenso auch die Bewegung der See, da ein ständiger Wechsel zwischen Ebbe und Flut fehlt, und erheblicher Wellenschlag nur bei starken Seewinden auftritt.[1])

Außer den kalten Seebädern werden in den größeren Badeorten alle medizinischen Bäder in Warmbadeanstalten verabfolgt. Fernerhin bieten Swinemünde, Heringsdorf und Heidebrink auch Gelegenheit zu Solbädern, deren Salzgehalt zwischen 1,5 % in Heringsdorf bis 4,3 % in Swinemünde schwankt. Bei chronischem Muskel- und Gelenkrheumatismus, bei Skrophulose

[1]) Flechsig: Handbuch der Balneotherapie; 1892, S. 70 ff. Fernerhin gibt es eine umfangreiche Literatur über die Wirkung der Seebäder von Röchling, Glax, Gmelin, Häberlin, Hennig, Margulies u. a., auf die hier nur kurz hingewiesen werden kann.

leisten diese Solbäder gute Dienste. Weiterhin finden Anämische, besonders Kinder, Rekonvaleszenten, Neurastheniker unter den günstigen klimatischen Verhältnissen Kräftigung und Genesung.

Die Frage, ob dem Aufenthalt in den Seebädern eine spezifische Wirkung zukommt, bedarf noch der weiteren Klärung. Jedenfalls bedingen der Aufenthalt in der frischen bewegten Luft und die gesteigerte Nahrungsaufnahme hauptsächlich die Abhärtung und Kräftigung des Körpers. Hunderttausende haben diesen günstigen Einfluß an sich gefühlt und kehren immer wieder an die See zurück. Viele lockt gerade die landschaftliche Anmut, der Angelsport, der Segelsport. Zu Beginn der Sommerferien entwickelt sich daher eine wahre Völkerwanderung nach den Badeorten.

Diese jährliche Völkerwanderung hat naturgemäß einen überraschenden Einfluß auf die Entwicklung der Strandorte ausgeübt und wird ihn auch noch weiter ausüben. Die Entwicklung ist um so überraschender, wenn man berücksichtigt, daß es vor etwa 100 Jahren noch keinen Seebadeort auf den Inseln gegeben hat.

Als erstes Ostseebad überhaupt ist Doberan[1]) bezw. Heiligendamm zu nennen, das vom Großherzog Friedrich Franz I. von Mecklenburg-Schwerin im Jahre 1793 gegründet wurde. Im Jahre 1816 errichtete Fürst Putbus das Friedrich-Wilhelmsbad auf Rügen. Schon 1814 gab es, wie die Chronik berichtet, in Swinemünde etliche Badegäste, die sich nicht scheuten, am hellen, lichten Tage und fast nackt ins Wasser zu gehen. Damals regte bereits der Kreisphysikus Dr. Roth bei der Regierung in Stettin die Gründung eines Bades an, jedoch blieben seine Bemühungen, der schlechten Zeiten halber, ohne Erfolg. Die Zahl der Badenden nahm zu, so daß man 1819 bereits zu Polizeiverordnungen schreiten mußte. 1822 bildete sich ein Badeverein. Im Jahre 1824 ernannte der damalige Oberpräsident Sack eine Badedirektion und vermittelte später ein Königliches Gnadengeschenk von 7000 Talern, die zum Bau eines Gesellschaftshauses und von Badeanstalten verwandt wurden. 1827 waren bereits 1200 Kurgäste in Swinemünde.

1840 begann sich Heringsdorf, 1850 Kosenow, 1852 Ahlbeck, 1885 Carlshagen und 1897 Bansin, das jüngste Seebad, am Strand auszubreiten.

Die Zahl der Badegäste nahm, besonders im letzten Jahrzehnt, ganz erheblich zu. Während sie im Jahre 1900 nur 67241 in 9 Badeorten betrug, ist sie im Jahre 1911 auf 134073 in 14 Badeorten gestiegen. Diese Zunahme des Badeverkehrs bedingt es, daß die Bevölkerung der Badeorte sich mehr und mehr dem Badebetrieb zuwendet; ob aber diese Beschäftigung einen günstigen Einfluß auf die Bewohner und ihren Charakter hat, möchte ich dahingestellt sein lassen.

---

[1]) Burkhardt: Geschichte von Zinnowitz (1909) sowie Chronik von Usedom; 1912, III, S. 135 u. 183.

Im allgemeinen liegen die Badeorte[1]) mit ihrem Villenteil nahe an der See und mit ihrem alten Siedlungsteil mehr landeinwärts. Vielfach sind sie noch durch vorgelagerte Dünen oder seitwärts gelegene Hügel, bezw. Waldungen vor Winden geschützt. Gerade der zum Teil sehr schöne Wald bietet reichlich Gelegenheit zu herrlichen Spaziergängen. Die Ruhe und die Reinheit der Luft wird nirgends durch gewerbliche Anlagen beeinträchtigt.

Als Kureinrichtungen kommen hauptsächlich die Seebadeanstalten in Betracht. Ihre Zahl beträgt 44 in 14 Badeorten; sie genügt völlig dem Bedürfnis. Der Bau der Badeanstalten ist fast überall der gleiche. Sie sind gewöhnlich in U-Form errichtet; die Flügel ragen mehr oder weniger in die See hinein. Unzweckmäßig erscheinen Vorbauten zwischen den beiden Flügeln, die sich am Querteil anschließen, wie man sie noch hier und da sehen kann; sie erschweren die Uebersicht über die Badenden. Dies gilt auch von den neuesten Riesenbadeanstalten mit 200 Zellen und darüber. Hier sind die beiden Beobachtungs- und Rettungsposten am Ende der Flügel wohl kaum in der Lage, die Badenden zu überblicken.

Sehr bedenklich ist die Tatsache, daß sich gerade die kleinsten und in der Entwicklung begriffenen Badeorte nicht entschließen können, einen geordneten Badebetrieb einzuführen und eine zweckmäßige Badeanstalt zu bauen. Erst Unglücksfälle beim Baden dürften, wie es bereits der Fall gewesen ist, hier eine Aenderung herbeiführen. M. E. müßte jeder Badeort, auch der kleinste, alle zur Sicherung der Badenden erforderlichen Vorkehrungen treffen; hierzu gehört auch der Bau einer Badeanstalt.[2])

Die Zahl der Warmbäder ist eine geringe; in den kleineren Badeorten fehlen sie vollkommen. Ihre Einrichtungen sind nicht überall mustergültig. Vielfach liegen der Abfluß der Badewässer und die Entnahmestelle des Seewassers nicht weit voneinander entfernt in der See. An einigen Orten fließen die Badewässer auch in die Dünen, dicht an den Promenaden, wo sie versickern sollen.

Die Zahl des Badepersonals reicht in den kleineren Badeorten nicht aus. In den größeren Badeorten fehlt in den Damenanstalten mitunter ein männlicher Badewärter.; die Folge davon ist, daß die Rettungsmanöver von den Badefrauen schlecht ausgeführt werden. Hie und da macht die Bestellung von geeignetem Badepersonal große Schwierigkeiten, da die Badeverwaltungen vielfach keinen hinreichenden Lohn zahlen.

Im allgemeinen sind Rettungseinrichtungen in allen Badeanstalten vorhanden und in gebrauchsfähigem Zu-

[1]) Die speziellen Angaben uber die einzelnen Badeorte erscheinen demnächst in einem Sammelwerk, das von dem Geh. Obermedizinalrat Dr. Abel herausgegeben wird.

[2]) Vergl. Zeitschrift fur Medizinalbeamte: 1911, Heft 22. „Ueber die Rettungseinrichtungen der Badeanstalten an der See." Vom Verfasser.

stand. Alljährlich werden die Polizeiverwaltungen im Frühjahr von neuem durch den Landrat auf die Vorschriften hingewiesen, die hier im Kreise seit mehreren Jahren über die Rettungseinrichtungen erlassen sind. Auch die jährlichen Besichtigungen geben, abgesehen von den bereits erwähnten Mängeln, nur zu geringen Ausstellungen Veranlassung.

Von besonderen Kuranstalten sind zwei Sanatorien, eins in Koserow, das andere in Swinemünde, zu erwähnen. Beide haben 50—60 Betten und erfreuen sich im Sommer eines sehr regen Besuchs. Sie sind mit allen neuzeitlichen Einrichtungen versehen und geeignet für jede Bäderbehandlung, für Diätkuren usw.

Außerdem besteht eine große Zahl nicht konzessionspflichtiger Erholungsheime, besonders für Kinder; eins von diesen, in Zinnowitz, steht unter der Leitung eines Arztes. In Ahlbeck wird ein großes Kinderheim auf Veranlassung S. M. des Kaisers für Arbeiterkinder errichtet. Weiterhin wäre noch besonders zu erwähnen, daß die staatliche Quarantäneanstalt in Osternothhafen auf Anregung des Ministerialdirektors Prof. Dr. Kirchner im Sommer zur unentgeltlichen Aufnahme erholungsbedürftiger Lehrerinnen dient.

Für die Aufnahme und Verpflegung von Kranken ist in Swinemünde das städtische Krankenhaus bestimmt; fernerhin hat Heringsdorf ein kleines Krankenhaus, Misdroy und Ahlbeck je eine Krankenbaracke und Zinnowitz 2 Krankenzimmer. Bansin baut eine Krankenbaracke. Alle übrigen Badeorte haben keine Isolierräume für ansteckende Kranke. Das Krankenhaus in Swinemünde ist schon seit mehreren Jahren unzureichend; der dringlich notwendige Krankenhausneubau ist jedoch neuerdings von den städtischen Körperschaften beschlossen worden.

Im allgemeinen besteht auch heute noch in den Badeorten die Neigung, alle ansteckenden Kranken möglichst schnell in ein größeres Krankenhaus zu transportieren. So sehr dies ja im Interesse der betreffenden Badeverwaltung liegen mag, so wenig ist einem Schwerkranken damit gedient, wenn er noch stundenlang mit dem Wagen oder mit der Bahn transportiert wird. Auch die Beunruhigung des Badepublikums ist eine geringere, wenn der Kranke in unauffälliger Weise am Ort in den dazu bestimmten Räumen isoliert wird, als wenn er in umständlicher Weise mit der Bahn oder mit dem Wagen forttransportiert wird. Im Interesse der Seuchenbekämpfung ist es jedenfalls zweckmäßiger, wenn der Kranke an Ort und Stelle bleibt. Dadurch werden alle Bekämpfungsmaßnahmen infolge der besseren Aufklärung der Krankheitsursache erheblich erleichtert. Namentlich können dann auch bakteriologische Untersuchungen durch das Medizinaluntersuchungsamt, das die Aerzte leider noch viel zu wenig bei unklaren Fällen in Anspruch nehmen, eingeleitet werden. Wie schwer die Aufklärung einer Epidemie wird, wenn alle Kranken möglichst schnell fortgeschafft werden, das hat eine größere Typhusepidemie vor 2 Jahren gelehrt. Im

Interesse der Allgemeinheit muß daher auch von den mittleren Badeorten die Einrichtung von Kranken-Baracken unbedingt gefordert werden. Bei den kleineren Badeorten würden ein bis zwei Isolierräume genügen.

Eine Isolierung von ansteckenden Kranken in den Wohnungen dürfte sich nur in seltenen Fällen durchführen lassen, da die übrigen Mitbewohner des betreffenden Hauses aus übergroßer Aengstlichkeit gewöhnlich die Entfernung der Kranken verlangen.

Von der Formalindesinfektion wird bei der Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten ausgiebiger Gebrauch gemacht. Sogar bei Schlaganfall und ähnlichen Krankheiten haben einzelne Polizeiverwaltungen Schlußdesinfektionen vornehmen lassen, unter Umständen sogar bei Nacht, um jeder Beunruhigung vorzubeugen. Die Zahl der Desinfektoren und der Formalindesinfektionsapparate reicht völlig aus. Leider wird bei allen Desinfektionen die Dampfdesinfektion der Betten, Vorhänge, Teppichen nur selten ausgeführt; obwohl gerade die Dampfdesinfektion der Betten pp. aus naheliegenden Gründen bei den ansteckenden Krankheiten, namentlich in den Badeorten, von besonderer Wichtigkeit ist. Ebenso wird auch die rein mechanische Desinfektion wenig geübt. Durch eine neuerlassene Desinfektionsordnung für den Regierungsbezirk Stettin ist noch besonderer Nachdruck auf die mechanische Desinfektion gelegt.

Die ärztliche Versorgung der Kranken macht in größeren Badeorten keine Schwierigkeiten, da reichlich Aerzte zur Verfügung stehen. In den mittleren Badeorten ist im Sommer ein Badearzt tätig. Lediglich in einigen entlegenen Badeorten dürfte die ärztliche Versorgung der Kranken etwas schwieriger sein; aber auch hier sind im Sommer gewöhnlich Aerzte als Kurgäste anwesend, die im Notfalle ärztlichen Beistand leisten.

Ueber das Wohnungswesen ist nur wenig zu berichten. Fast in allen Badeorten bestehen Baupolizeiverordnungen. Bei Neubauten ist ein bestimmter Abstand zwischen den einzelnen Gebäuden, ein sogenannter Bauwich, vorgesehen. In den großen Badeorten überwiegen die mehrgeschossigen Häuser, in den kleinen Badeorten die eingeschossigen. Leider werden die Neubauten häufig unmittelbar nach ihrer Fertigstellung, bevor die Wohnungen genügend ausgetrocknet sind, vermietet. Vielfach werden auch Zimmer im Kellergeschoß vermietet; namentlich das Bedienungspersonal wohnt häufig in dumpfen, engen Räumen. Nicht selten vermieten die Eigentümer jeden verfügbaren Raum und begnügen sich in der Badezeit mit einer Kammer auf dem Boden, im Stall oder in sonstigen Nebengebäuden.

Die Preise der Wohnungen schwanken sehr, je nach dem Badeort, nach der Lage des Hauses und nach der Lage des Zimmers. In den größeren Badeorten werden für ein Zimmer mit 2 Betten während der Hauptsaison in bester Lage bis 75 Mark pro Woche bezahlt. Als mittlerer Preis gelten

35—45 Mark pro Woche. In der Vor- und Nachsaison ermäßigen sich diese Preise fast um die Hälfte.

Die Zahl der Gasthöfe entspricht dem Bedürfnis. Erstklassige Hotels mit guter Verpflegung gibt es nur wenige; daneben sind eine Reihe guter Pensionen vorhanden, die ihr Stammpublikum haben. Die Preise sind aber nicht niedrige; sie sind durch die Schwierigkeiten der Nahrungsmittelversorgung bedingt. Das Fleisch, die Milch, das Gemüse wird schon zu gewöhnlichen Zeiten zum Teil vom Festlande her bezogen. Durch den Transport wird selbstverständlich der Preis verteuert. Die Schlächtereien in den Badeorten selbst können vielfach den Bedarf gar nicht decken, darum kommt das Fleisch zum Teil auch aus den Schlächtereien in den dahinterliegenden Dörfern. Gerade in diesen kleinen Schlächtereien, mitunter aber auch in den größeren, kann man aber mitunter sehr unerfreuliche Zustände feststellen. Nur durch empfindliche Strafen und immer wiederholte Revisionen ließe sich hier Besserung schaffen.

Ebenso wenig erfreulich ist mitunter die Revision der Speiseschränke in großen Speiselokalen, Hotels etc. Gute Küche ist im allgemeinen nur zu sehr angemessenen Preisen zu bekommen. Darum sind schwere Brechdurchfälle unter Badegästen kein so ungewöhnliches Ereignis. Sogenannte „Diätfehler“ sind wohl die häufigste Ursache dieser Erkrankungen. Namentlich spielt hierbei der Genuß verdorbener Fische eine große Rolle.

Nicht weniger wichtig als die Fleischversorgung ist die Milchversorgung der Badeorte. Mit Genehmigung des Regierungspräsidenten ist vor kurzem eine Milchpolizeiverordnung, außer einer bereits bestehenden Kindermilchpolizeiverordnung, erlassen worden. Eine Besserung der zum Teil unzulänglichen Verhältnisse steht aber nur langsam zu erwarten. Immerhin ist jetzt eine Handhabe geboten, eine bessere Behandlung, namentlich eine bessere Gewinnung und Kühlung der Milch durchzusetzen. An Stelle der Milchkühlung in offenen, flachen Sodbrunnen ist jetzt bereits die Milchkühlung in Zementkästen eingeführt. Fernerhin sind in den Milchwirtschaften vielfach neue Brunnen angelegt.

Als wirklich gut können, mit wenigen Ausnahmen, auch heute nur die großen Molkereien bezeichnet werden, die erfreulicherweise an Umfang zunehmen.

Besondere Aufmerksamkeit erfordert der Verkehr mit Selterwasser und Limonaden. Bisher wurde allgemein Brunnenwasser beliebiger Herkunft zur Herstellung benutzt. Zur Limonadenfabrikation dienten in der Regel künstliche Säuren mit Zusatz von Teerfarbstoffen und Syrup. Die Produkte wurden unter hochtönenden Namen, wie Apfelperle, Pomla etc., vertrieben. Der Verkaufspreis stand gewöhnlich in gar keinem Verhältnis zu den Produktionskosten. Durch eine mit Genehmigung des Regierungspräsidenten erlassene Selterwasserpolizei-

verordnung für den Kreis ist eine Aenderung dieser Zustände in die Wege geleitet.

Schließlich wäre noch ein Versuch zu erwähnen, der in Anlehnung an den Ministerialerlaß vom 2. März 1910 (betreffend die Nahrungsmittelkontrolle)[1]) in diesem Frühjahr gemacht worden ist, um die Probeentnahme für die Nahrungsmitteluntersuchung zweckmäßiger zu gestalten. Aus den Städten und den größeren Badeorten wurden die mit der Nahrungsmittelkontrolle beauftragten Polizeibeamten zu einer Besprechung geladen. Hierbei sind ihnen die wichtigsten Nahrungsmittelverfälschungen, besonders die Milchverfälschung[2]) und die zu ihrem Nachweis erforderlichen Probeentnahmen zum Teil praktisch vorgeführt und näher erläutert worden. Es erscheint nicht ausgeschlossen, daß durch diese praktische Unterweisung das Interesse für die Nahrungsmittelkontrolle noch mehr geweckt ist. Der Belehrungskursus soll erforderlichenfalls in den nächsten Jahren wiederholt werden. Namentlich soll auch den Polizeibeamten Gelegenheit geboten werden, bei der anschließenden Besprechung über ihre eigenen Erfahrungen zu berichten.

Weit wichtiger als die Nahrungsmittelversorgung ist die Wasserversorgung der Badeorte; gerade dieses Kapitel ist eins der schwierigsten in der Hygiene der Badeorte. Bisher ist nur Swinemünde in der glücklichen Lage eine völlig ausreichende Wasserversorgung zu bieten. Fernerhin werden Ahlbeck, Bansin, Heringsdorf durch ein privates Wasserwerk zum größten Teil mit Wasser versorgt. Misdroy baut gegenwärtig Kanalisation und Wasserleitung.

Außer den Wasserleitungsanschlüssen haben aber die Villen, Pensionen, Gasthäuser noch vielfach Brunnen, die häufig in teils größerer, teils kleinerer Entfernung von Sickergruben liegen.

In den übrigen Badeorten entspricht die Wasserversorgung durchaus ländlichen Verhältnissen. Offene Brunnen, sogenannte Sodbrunnen, sind allerdings nur noch recht selten zu finden. Gewöhnlich dienen Kessel- und auch Bohrbrunnen zur Wasserversorgung. Neben gut gelegenen und einwandsfrei beschaffenen Brunnen sieht man häufig solche, die schlecht abgedeckt sind, schmutziges Wasser enthalten, kurzum alle die Mängel aufweisen, die man oft bei den Ortsbesichtigungen findet.

Eine mitunter sehr bedenkliche hygienische Neuerung, die gewöhnlich in den Prospekten noch besonders rühmend hervorgehoben zu werden pflegt, sind die Hauswasserleitungen mit Spülklosetts. Hierbei wird gewöhnlich mit elektrischen oder sonstigen Motorpumpen das Wasser aus dem Hofbrunen

[1]) Min.-Blatt für die Medizinalangelegenheiten; 1910, S. 181.

[2]) Gelegentlich einer Typhusepidemie war es bereits von dem Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Dütschke angeregt worden, Polizeibeamte in der Milchkontrolle durch das chemische Untersuchungsamt in Stettin ausbilden zu lassen.

hochgepumpt. Dieser Hofbrunnen liegt allerdings mitunter unweit der Sickergrube.

In einigen Badeorten ist die Anlage von Sickergruben nicht gestattet; die Eigentümer wissen sich jedoch dadurch zu helfen, daß sie zunächst eine zementierte Grube machen, aus der ein Ueberlauf in eine zweite Grube, eine sogenannte Sickergrube führt. In diesen Sickergruben ist der Boden undicht; außerdem befinden sich in den Seitenmauern Oeffnungen. Selbstverständlich ist die Aufnahmefähigkeit dieser Gruben eine begrenzte, da der Sand am Boden der Grube allmählich undurchlässig wird; es passiert daher nicht selten, daß derartige Gruben überlaufen. Gewöhnlich werden nämlich diese Gruben nur im Frühjahr und Herbst mit Hilfe von Patentwagen entleert und der Inhalt abgefahren. Diese Art der Abwässerbeseitigung kann natürlich nicht als einwandfrei angesehen werden; man findet sie aber sogar in großen Badeorten, die sich leider noch nicht von der Notwendigkeit einer Kanalisation überzeugen lassen.

In den kleinen Badeorten geschieht die Beseitigung der Abfallstoffe in vollkommen ländlicher Weise. Neben dichten Gruben finden sich gewöhnlich undichte Gruben, neben abgedeckten Miststätten auch offene Miststätten.

Eine geordnete Kanalisation hat bisher lediglich Swinemünde aufzuweisen. Swinemünde hat auch zuerst eine geordnete Müllbeseitigung für das Strandviertel in diesem Jahr eingeführt. Der Müll wird in Eimern mit verschiebbarem Boden (Wechselbodensystem) gesammelt, abgefahren und vergraben. Fernerhin hat noch Bansin eine geordnete Müllabfuhr neuerdings beschlossen. Sonst kann man vielfach, nach Ablauf der Saison, große Haufen von Müll in den Ecken der Höfe lagern sehen.

Ganz besonderer Liebe erfreuen sich überall die öffentlichen Anlagen. Es werden glänzende Promenaden und Blumen-Rasenplätze neugeschaffen, Tennisplätze angelegt usw. Weiterhin wird binnen kurzem durch die Ueberlandzentrale auch in den kleinen Badeorten für elektrisches Licht gesorgt werden. Kurzum es geschieht alles, um dem großen Publikum den Aufenthalt so angenehm, wie möglich zu machen.

Im Gegensatz hierzu erfreuen sich die hygienischen Einrichtungen geringerer Liebe, und alle Bestrebungen nach Verbesserungen auf diesem Gebiete stoßen zunächst auf Widerstand. Die Erfüllung der im Ministerial-Erlaß vom 28. Januar 1908[1]) gestellten Mindest-Forderungen für Kur- und Badeorte macht daher vielfach noch große Schwierigkeiten, jedoch dürfte ihre Durchführung und Ausgestaltung bei dem zunehmenden Interesse der beteiligten Kreise für hygienische Fragen sich allmählich in einer Reihe von Jahren ermöglichen

---

[1]) Min.-Blatt für die Medizinalangelegenheiten; 1908, S. 321.

lassen. Weitere Förderung auf diesem Gebiete steht besonders von der Deutschen Gesellschaft für Meeresheilkunde und der Zentralstelle für Balneologie zu erwarten, deren Gründung unter dem Protektorate des Großherzogs Friedrich Franz IV. von Mecklenburg-Schwerin auf Anregung des Geh. Ober-Med.-Rats Prof. Dr. Dietrich erfolgt ist.

Als wichtig wären aber für die nächste Zukunft die Erfüllung folgender Forderungen in den hiesigen Badeorten anzusehen:

1. Jeder Badeort muß einen geordneten Badebetrieb einführen und die nötigen Badeanstalten bauen.

2. Isolierräume für ansteckende Kranke sind auch in den kleineren Badeorten bereit zu stellen.

3. Die Möglichkeit der Dampfdesinfektion ist überall anzustreben. Eine Dampfdesinfektion ist bei allen ansteckenden Krankheiten durchzuführen.

4. Die Wohnungen, namentlich in neuen Gebäuden, und besonders die Schlafräume des Bedienungspersonals, sind auf ihre gesundheitliche Beschaffenheit zu kontrollieren.

5. Alle Nahrungsmittelbetriebe, Schlächtereien, Bäckereien, Milchwirtschaften, Selterfabriken und besonders auch die Küchen der Restaurants und Pensionen sind häufiger zu besichtigen.

6. Für Kanalisation und Wasserleitung müßte in den größeren Badeorten, für gute Brunnen und zweckentsprechende Abfuhr der Abfallstoffe in den kleineren Badeorten gesorgt werden. Eine geordnete Müllbeseitigung ist in allen Badeorten anzustreben.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Ueber Myocarditis rheumatica. Zieglers Beiträge; 1912, Bd. 53, H. 3.

F. konnte die Untersuchungen Aschoffs und seiner Schüler (Bracht und Waechter) bestätigen, denen zufolge sich im Herzmuskel, zumal im septum ventriculorum, perivaskuläre schwielige Knötchen finden, wenn das betr. Individuum kürzere oder längere Zeit vor seinem Tode einen Gelenkrheumatismus überstanden hatte. Während sich diese Knötchen bei anderen septischen Erkrankungen gar niemals finden, fehlen sie bei Fällen von überstandenem Gelenkrheumatismus fast niemals. Sie sind also für die Diagnose von Herzfehlern in ätiologischer Beziehung von größter Bedeutung und somit auch in gerichtlich-medizinischer wie in versicherungsrechtlicher Hinsicht wichtig. Dr. Merkel-Erlangen.

Der ursächliche Zusammenhang zwischen Unfall und Leiden ist nicht schon dann zu bejahen, wenn er nicht ganz ausgeschlossen, sondern nur dann, wenn für sein Bestehen eine überwiegende Wahrscheinlichkeit spricht. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 22. Juni 1912. Kompaß; 1912; Nr. 18.

Daß der Gesundheitszustand des Klägers erheblich schlechter ist als zur Zeit der Festsetzung der für die Folgen des Unfalls vom 28. Juni 1904 gewährten Teilrente von 10% steht außer Zweifel. Sowohl die Aerzte der chirurgischen Universitätsklinik in Marburg, wie auch Prof. Dr. R. und Dr. Br.

sind darüber einig, daß der Kläger so gut wie völlig erwerbsunfähig ist. Es fragt sich nur, ob diese Verschlimmerung mit dem Unfall vom 28. Juni 1904 zusammenhängt, bei dem der Kläger eine teilweise Zerreißung der Streckmuskulatur des linken Oberschenkels erlitten hat. Die Marburger Aerzte bejahen den Zusammenhang, indem sie eine sogenannte verbildende doppelseitige Hüftgelenksentzündung (Arthritis deformans) für vorliegend halten, und schließen daraus, daß eine doppelseitige Entzündung und nicht eine senile Form des Leidens vorliegt, auf eine Gewalteinwirkung als Entstehungsursache. Dabei gehen sie von der Annahme aus, daß der Kläger vor dem Unfall nicht an Rheumatismus gelitten hat. Demgemäß halten sie die als Rheumatismus gedeuteten Schmerzen für Begleiterscheinungen der Knochen- und Gelenkerkrankung. Prof. Dr. B. in Gießen dagegen neigt mehr zu der Ansicht, daß es sich um chronischen Gelenkrheumatismus handelt und verneint im übrigen den Zusammenhang mit dem Unfall mit Bestimmtheit. Prof. Dr. R. und Dr. Br. endlich sind im wesentlichen der Auffassung des Prof. Dr. B. beigetreten. Sie sehen das Leiden des Klägers ebenfalls nicht als verbildende Hüftgelenksentzündung, sondern als eine zur Gelenkversteifung führende Entzündung (Arthritis ankylopoetica) an, deren Grundursache der Rheumatismus sei, und die deshalb mit dem Unfall nicht zusammenhange. Da nach den vorliegenden Gutachten die Frage, ob der Kläger früher bereits an Rheumatismus gelitten hat, für die Beurteilung seines jetzigen Leidens wesentlich ist und Dr. Sch. bereits in seinem Gutachten vom Juni 1905 erwähnte, daß der Kläger unabhängig vom Unfall von Zeit zu Zeit an Rheumatismus leide, so hat das R.-V.-A. von diesem Arzt die obenerwähnte gutachtliche Aeußerung eingeholt. Diese ergibt, daß der Kläger tatsächlich bereits vor dem Unfall ab und zu an Rheumatismus behandelt worden ist, daß es sich aber um leichteren, vorübergehenden Muskelrheumatismus gehandelt hat. Durch die Tatsache aber, daß der Kläger überhaupt mehrfach an Rheumatismus gelitten hat, wird das Gutachten der Marburger Aerzte einer wesentlichen Stütze beraubt und dasjenige der Bonner Aerzte Prof. Dr. R. und Dr. Br. unterstützt. Die Schlüsse, die Dr. Sch. an die von ihm berichteten Tatsachen knüpft, vermögen daran nichts zu ändern; denn sie gehen von der irrigen Auffassung aus, daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem Leiden zu bejahen sei, wenn nicht das Gegenteil so gut wie sicher feststehe. Der ursächliche Zusammenhang zwischen Unfall und Leiden ist aber nicht schon dann zu bejahen, wenn der Zusammenhang nicht ausgeschlossen ist, sondern nur dann, wenn für sein Bestehen die überwiegende Wahrscheinlichkeit spricht. Letzteres kann aber im vorliegenden Falle nicht angenommen werden. Das Gutachten der Bonner Aerzte ist überzeugend und wird durch dasjenige des Prof. B., der den Kläger bereits früher wegen Unfallfolgen untersucht hat, unterstützt. Nach beiden Gutachten spricht die überwiegende Wahrscheinlichkeit dafür, daß das Leiden, welches die völlige Erwerbsunfähigkeit des Klägers hervorgerufen hat, ein vom Unfall unabhängiges organisches Leiden ist, welches sich auf der Grundlage des Rheumatismus langsam entwickelt hat. Auch der Umstand, daß Dr. Sch. den Kläger ab und zu wohl wegen der Unfallfolgen, nicht aber wegen Rheumatismus behandelt hat, vermag an dieser Auffassung nichts zu ändern, zumal da auch die in den Akten der Versicherungsanstalt enthaltenen ärztlichen Gutachten vom Jahre 1908 das Bestehen rheumatischer Beschwerden bescheinigen. Hiernach konnte das R.-V.-A. der Auffassung des Schiedsgerichts, daß eine wesentliche Verschlimmerung der Folgen des Unfalls vom 28. Juni 1904 eingetreten sei, nicht beitreten. Das angefochtene Urteil war daher aufzuheben und der die begehrte Rentenerhöhung ablehnende Bescheid des Beklagten vom 13. September 1910 wiederherzustellen.

Tod im Krankenhause in der Chloroformnarkose bei der Operation eines Leistenbruchs. Entschädigungsverpflichtung abgelehnt, da der Leistenbruch nicht durch Unfall verursacht ist. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 24. Mai 1912. Kompaß; 1912, Nr. 15.

Der Anspruch der Klägerin auf Gewährung der Hinterbliebenenrente würde nach § 16 des Gewerbe-Unfall-Versicherungs-Gesetzes nur gerechtfertigt sein, wenn der Tod ihres Ehemannes ursächlich auf einen Betriebsunfall zurückgeführt werden könnte. Das R.-V.-A. hat diese Frage in Uebereinstimmung mit den Vorinstanzen und den gehörten ärztlichen Sachverständigen verneint. Der Ehemann der Klägerin ist am 21. Juni 1911 infolge einer Chloroformnarkose

an Herzlähmung verstorben. Die Chloroformierung wurde vorgenommen, weil der Verstorbene an einem rechtsseitigen Leistenbruch operiert werden sollte. Die Klägerin behauptet, daß jener sich den Leistenbruch durch einen Betriebsunfall — das Heben von Gesteinsstücken — bei seiner Arbeit am 28. März 1911 zugezogen hatte. Dieser Vorgang war aber, da nach der Aussage des Zeugen R. die fraglichen Gesteinsstücke nicht allzu schwer waren, überhaupt nicht geeignet, einen Leistenbruch traumatisch zur Entstehung zu bringen. Denn Leistenbrüche entwickeln sich, wie das R.-V.-A. in ständiger Rechtsprechung angenommen hat, der Regel nach aus angeborener Anlage von selbst. Es kann der Austritt des Bruches bei jeder unbedeutenden Veranlassung erfolgen. Der Vorgang, bei welchem der Austritt stattfindet, ist dann nicht die Ursache dafür, sondern nur die Gelegenheit, bei welcher er vor sich geht. Soll ausnahmsweise als erwiesen gelten, daß ein Leistenbruch durch einen Unfall plötzlich hervorgerufen ist, so muß die zugrunde liegende Tätigkeit eine besonders schwere gewesen sein. Alsdann treten aber derartig schwere Krankheitserscheinungen auf, daß der davon Betroffene sofort seine Arbeit einstellen und ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen muß. Im gegebenen Fall hat aber der Verstorbene seine Arbeit nach dem angeblichen Unfall vom 28. März 1911 bis zum 6. Juni 1911 fortgesetzt und dann erst einen Arzt wegen seines Bruchleidens zu Rate gezogen. Die Obduktion hat ferner ergeben, daß Einklemmungserscheinungen bei dem zu operierenden Bruche nicht bestanden haben. Zutreffend führt deshalb der Prof. Dr. L. in seinem Gutachten aus, daß das Bruchleiden keine Folge des Vorganges vom 28. März 1911 gewesen ist, sondern aus angeborener Anlage sich entwickelt und schon lange vorher bestanden habe, und daß es auch durch den fraglichen Vorgang nicht verschlimmert worden sei. Kann sonach das fragliche Bruchleiden mit einem Unfall nicht ursächlich in Zusammenhang gebracht werden, so hängt auch die Operation, die zur Hebung der Bruchbeschwerden vorgenommen worden und in deren Verlauf der Tod des F. eingetreten ist, mit einem Betriebsunfall nicht zusammen. Mit Recht ist deshalb die Gewährung der Hinterbliebenenrente abgelehnt.

Begriff „vorsätzlich“ im Sinne der Invaliden- und Unfallversicherung bei Erwerbsfähigkeit nach Selbstmordversuch. Revisions-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts (Großen Senats) vom 23. März 1912. Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts; 1912, Nr. 6.

Das Königlich Preußische Oberverwaltungsgericht ist bei Auslegung der entsprechenden Vorschrift im § 26a Abs. 2 Nr. 2 des Krankenversicherungsgesetzes davon ausgegangen, daß unter „vorsätzlich“ „absichtlich“ zu verstehen sei, und deshalb die „Absicht“ des Versicherten darauf gerichtet sein müsse, sich die die Arbeitsunfähigkeit bedingende Krankheit zuzuziehen. Dies sei bei einem Selbstmordversuche nur dann der Fall, wenn der Versicherte wußte oder wissen mußte, daß das von ihm zur Herbeiführung des Todes gewählte Mittel nicht unmittelbar den Tod, sondern überhaupt oder zunächst eine Erkrankung zur Folge haben würde. Demgegenüber hat der Große Senat angenommen, daß die Begriffe „Vorsatz“ und „Absicht“ in der sozialen Versicherung im wesentlichen nicht anders auszulegen sind als auf dem Gebiete des Strafrechts und des Bürgerlichen Rechtes. „Absicht“ bedeutet die Richtung des Willens auf ein bestimmtes Ziel, welches erreicht werden soll. Die „Absicht“ geht somit weiter als der „Vorsatz“, zu dem das Bewußtsein von sämtlichen Tatbestandsmerkmalen genügt, und wobei es ausreicht, wenn der Tatbestand oder einzelne Bestandteile auch nur unbestimmt als Nebenerfolge, Möglichkeiten usw. vorgestellt und gewollt sind. Notwendig fällt aber in den Bereich der Vorstellung des Selbstmörders, daß er, um sein Vorhaben zu erreichen, die Unversehrtheit seines Körpers angreift. Folglich hat er auch eine gegebenenfalls nur teilweise Zerstörung oder Beschädigung des Körpers in seine Vorstellung aufgenommen und gewollt, wenngleich der vorgestellte Haupterfolg, die völlige Zerstörung der körperlichen Unversehrtheit und die dadurch bedingte Vernichtung des Lebens, nicht eingetreten ist. In gleicher Weise zu beurteilen wären die Fälle, in denen ein Versicherter vorsätzliche Selbstverstümmelung zum Zwecke der Befreiung vom Militärdienste verübt (§ 142 des Strafgesetzbuchs) oder einer Operation sich unterzieht, um einen körperlichen Schönheitsfehler zu beseitigen. Als Enderfolg wird dort die

Befreiung vom Militärdienste, hier die Verschönerung des Körpers vorgestellt, in beiden Fällen ist aber die Erreichung des angestrebten Erfolges nur durch körperliche Beschädigung möglich. Somit ist auch diese gewollt und demgemäß auch die etwa dadurch verursachte Invalidität vorsätzlich herbeigeführt. Es kann aber von „Vorsatz" keine Rede sein bei einer Person, deren Zurechnungsfähigkeit bei Vornahme der den Körper beschädigenden Handlung ausgeschlossen oder aufgehoben war.

Hiernach war an der Auffassung festzuhalten, daß der Anspruch auf Invalidenrente verwirkt wird, wenn die Invalidität durch einen nicht im Zustand der Unzurechnungsfähigkeit begangenen Selbstmordversuch herbeigeführt ist. Dies um so mehr, als hierfür auch die bedeutsamen sozialpolitischen und ethischen Erwägungen sprechen. Die Wohltaten der sozialen Versicherung sollen Personen zugute kommen, deren Kräfte durch jahrelange Arbeit aufgebraucht sind oder die in ihrer Gesundheit durch die Gefahren des Arbeitslebens Schaden erlitten oder sonst durch ihre Arbeitstätigkeit den Anspruch auf Schutz gegen Krankheit und Not erworben haben. Das Empfinden der beteiligten Volkskreise würde es mit Recht verletzen, wenn auch solchen Personen die Fürsorge zugewendet werden sollte, die im zurechnungsfähigen Zustand versucht haben, sich den Anforderungen des Lebens durch Selbstmord zu entziehen.

Der Einwand, daß, wer sich die Invalidität bei Begehung eines Verbrechens oder vorsätzlichen Vergehens zuzieht, mit Rücksicht auf die Vorschriften des § 17 Satz 2, 3 des Invalidenversicherungsgesetzes besser gestellt sei, als wer infolge eines Selbstmordversuchs die Invalidität herbeigeführt hat, greift nicht durch. § 17 Satz 2, 3 a. a. O. trifft nur solche Fälle, in denen eine vorsätzliche Herbeiführung der Invalidität nicht in Betracht kommt. Nur die vorsätzliche Herbeiführung des Versicherungsfalls verwirkt nach § 17 Satz 1 a. a. O. unbedingt den Anspruch auf Rente. Der bei Begehung eines Verbrechens oder vorsätzlichen Vergehens ungewollt invalide gewordene Versicherte sollte aber nicht in allen Fällen neben der gerichtlichen Strafe auch noch den Verlust der Rente erleiden. Der Gesetzgeber wollte ihn nicht in allen Fällen schwerer bestrafen als einen Nichtversicherten, und auch seine Familie nicht noch weitergehend in Mitleidenschaft ziehen. Er gestattete deshalb im § 17 Satz 2, 3 a. a. O., für solche Fälle die Rente ganz oder teilweise zu versagen oder zu belassen. Zu einer anderen Auslegung führt auch nicht die Fassung des § 1254 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung, ... durch den das bisherige Recht aufrechterhalten ist. .

Im vorliegenden Falle hat das Schiedsgericht angenommen, daß die Klägerin in zurechnungsfähigem Zustand den Selbstmordversuch begangen habe. In dieser Richtung ist aber der Sachverhalt noch nicht genügend aufgeklärt. Insbesondere ist nicht festgestellt, aus welchen Gründen die Klägerin den Selbstmordversuch unternommen hat. Es wäre zu ermitteln gewesen, weshalb sie ihren letzten Dienst verlassen hat, ferner ob sie zur Zeit des Selbstmordversuchs im Besitze von Baarmitteln war. Das Schiedsgericht hätte hierüber insbesondere den letzten Arbeitgeber und die Logiswirtin vernehmen sollen. Auch wäre nach Abschluß der Ermittelungen noch ein Gutachten des Oberarztes Prof. Dr. B. über den Geisteszustand der Klägerin bei der Tat einzuholen gewesen, damit beurteilt werden konnte, ob sie im Zustand der Zurechnungsfähigkeit gehandelt hatte oder nicht. Das angefochtene Urteil war daher wegen nicht ausreichender Aufklärung des Sachverhalts aufzuheben und die Sache an das Schiedsgericht zurückzuverweisen.

B. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

a. Epidemische Genickstarre.

Die lokale spezifische Behandlung der epidemischen Cerebrospinalmeningitis. Von Prof. Simon Flexner, M. D., Director of laboratories of the Rockefeller Institute for med. rexarch., New-York. The journal of state medicine; XX, Nr. 5, Mai 1912.

Die Genickstarre trat in Amerika im Winter 1904/5 gleichzeitig mit der deutschen Epidemie auf. Sie befiel besonders die nördliche Küste des atlanti-

schen Ozeans und von Städten Boston und New-York. In Groß New-York kamen in den Jahren 1904 bis 1906 mehr als 5000 Fälle vor. Später zog die Epidemie nach Westen und Norden und befiel Canada. Von Deutschland aus wurde Großbritannien ergriffen, nachher Frankreich, Belgien und Skandinavien, später Oesterreich. Von anderen Zentren ist dem Autor besonders Syrien und Palästina bekannt. Auch von Australien, Indien und Süd-Amerika gingen Berichte ein. In Ohio betrug die Mortalitätsziffer 90%; infolge der Serumbehandlung, die im Rockefeller Institute an infizierten Affen eingehend studiert worden war, sank die Zahl auf 25%. Der Autor setzte sich nun mit den Krankenhausleitern in Belfast und Edinburgh in Verbindung. In Belfast hatte Dr. J. Gardner Robb bis dahin subkutan ein Serum verwandt, das er von Wassermann und Kolle erhalten hatte. Nach der subduralen Anwendung des Flexnerschen Serums sank die Sterblichkeit von 75 auf 25%; bei 150 mit diesem Serum behandelten Fällen neuerdings unter 25%.

Aehnlich waren die Ergebnisse von Dr. Claude Ker in Edinburg. Das Rockefeller Institut bot daraufhin sein Serum Krankenhäusern in allen Weltgegenden an. In 1300 Anamnesen mit sichergestellter bakteriologischer Diagnose wurde der Wert des Serums in bezug auf die Beeinflussung der Sterblichkeit, die Dauer der aktiven Krankheitssymptome, die Art der Beendigung der Krankheit und die Nachkrankheiten nachgeprüft. Die Mortalität betrug durchschnittlich 30%, bei Vornahme der Injektion in den ersten 3 Tagen oder zwischen dem 4. und 7. Tage nur 18% bezw. 26%, nach späterer Vornahme dagegen 36%. Vor der Einführung des Serums genasen Säuglinge fast nie; jetzt besteht eine Sterblichkeit von 50% in diesem Alter. — Fälle, die lytisch endeten, dauerten durchschnittlich 14 Tage, die kritisch endeten 5,7 Tage. Die chronischen Fälle, die früher sehr häufig waren, fehlen bei Serumbehandlung fast ganz. Die Injektionen müssen solange fortgesetzt werden, bis die Meningokokken nicht mehr gezüchtet werden können, ja, bis sie ganz im Punktat fehlen. Dann ist die zuerst wolkige oder eitrige Flüssigkeit klar und wasserähnlich geworden. Auch die Zahl der Krankheitsfolgen ist verringert, trotzdem daß dreimal mehr Personen die Krankheit überstehen als früher. Blindheit und Geisteskrankheit sind selten, Taubheit dagegen noch häufig. Bei jungen Kindern kann diekes entzündliches Exsudat an der Hirnbasis die Verbindung zwischen Ventrikeln und Rückenmarkshäuten unterbrechen. Hier empfiehlt es sich, die Nadel durch die Fontanella in den Seitenventrikel einzuführen und nach der Entleerung die Flüssigkeit durch Serum zu ersetzen. Als Folge hochgradiger Drucksteigerung bei Injektion zu großer Mengen sind Atemstörungen aufgetreten, die in einigen Fällen den Tod zur Folge hatten. Als Nebenwirkungen der Injektionen können Schmerzen von großer Heftigkeit einsetzen.

Der Autor schließt: Wenn das Antimeningitis-Serum subdural angewandt war, so vermag es die Krankheitsdauer zu verkürzen, die chronischen Schädigungen und Infektionstypen in großem Maßstab zu verhindern, bei den Ueberlebenden in einem bedeutenden Prozentsatz die völlige Genesung hervorzurufen und die Zahl der üblen Ausgänge der Genickstarre wesentlich zu verringern.

Dr. Mayer-Simmern.

---

b. Polyomyelitis acuta (akute Kinderlähmung).

Blutuntersuchungen in der Inkubationsperiode der Poliomyelitis akuta bei Affen. Von W. Broughton-Alcock. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII, 1912, Nr. 16.

Die Untersuchungen wurden auf Veranlassung von Prof. Levaditi-Paris zu dem Zwecke ausgeführt, eine Diagnose der akuten Poliomyelitis im Inkubationsstadium zu ermöglichen. Benutzt wurden Affen (Macacus cynomolgus), die mit Virus aus verschiedenen Quellen, aus Wien, aus England, infiziert worden waren.

Ebenso wie Zappert, Wiemer und Liner bei ihren Studien über die Heine-Medinsche Krankheit selbst nach Ausbruch der Poliomyelitis positive Ergebnisse durch die Blutuntersuchungen nicht gewonnen hatten, kam der Verfasser für die Inkubationsperiode zu negativen Resultaten in bezug auf den Wert der Blutuntersuchung für eine frühzeitige Diagnose.

Dr. Mayer-Simmern.

Experimentelle Poliomyelitis acuta. Von M. Neustädter, M. D., Ph. D. und William C. Thro, H. M., M. D. Aus dem Laboratorium für klinische Pathologie der Cornell University in Newyork. Deutsche medizinische Wochenschrift; 1912, Nr. 15.

Verfasser haben auf Grund ihrer Theorie, nach der die Heine-Medinsche Krankheit, die am häufigsten in der trockenstaubigen Jahreszeit auftreten soll, durch den Staub, der die Krankheitserreger enthält, hervorgerufen wird, verschiedene Affen mit einem Filtrat von Staub aus den Krankenzimmern von an Heine-Medinscher Krankheit leidenden Kindern intraspinal infiziert. Der Staub (Kehricht) wurde mit Kochsalzlösung geschüttelt und dann durch Berkefeldfilter keimfrei gemacht, entsprechend der jetzt wohl gesicherten Annahme, daß der Erreger der Poliomyelitis ein ultravisibles, das Berkefeldfilter passierendes Virus ist. Es gelang nun in zwei Fällen bei den injizierten Affen eine typische Poliomyelitis zu erzeugen und mit dem Gehirnbrei dieser Affen, der in derselben Weise wie der Staub behandelt wurde, weitere Affen zu infizieren. Bei einer Bestätigung dieser Versuche liegen die daraufhin zu ergreifenden prophylaktischen Maßnahmen auf der Hand. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Ueber den Modus der Ansteckung bei Poliomyelitis. Von C. Levaditi und V. Danulesco. Aus dem Laboratorium von Levaditi im Institut Pasteur-Paris. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII, 1912, Nr. 13.

Fälle von Uebertragung auf gesunde Tiere sind bisher von den Autoren, die die experimentelle Poliomyelitis studiert haben, nicht beobachtet worden (Landsteiner und Levaditi, Flexner und Lewis, Leiner und Wiesner, Roemer). Auch dann wenn gesunde Tiere absichtlich in einen Käfig mit infizierten gebracht waren und dort längere Zeit sich gemeinsam aufhielten, blieb die Infektion aus.

Jüngst erst hatten die Verfasser einen positiven Erfolg. Sie benutzten ein besonders aktives Virus, das der englischen Poliomyelitisepidemie von 1911 entstammte (cf. diese Zeitschrift; 1912, S. 323). Da der Versuch auch epidemiologische Bedeutung hat, so teilten sie ihn mit. In den Käfig wurde zunächst die Emulsion virulenten Rückenmarks eines Macucus cynomolgus gebracht, der am selben Tage an Poliomyelitis eingegangen war. Ferner kamen Wattetampons hinein, die mit demselben Virus getränkt wurden. Das Tier spielte mit der Watte, brachte sie an Nase und Mund und erkrankte nach 20 Tagen an Zitterbewegungen, schwankte, fiel leicht um. Am nächsten Morgen Lähmung der oberen Gliedmaßen. Das untersuchte Rückenmark zeigte die typischen Läsionen der Poliomyelitis. Auffällig war die lange Dauer der Inkubation.

Dr. Mayer-Simmern.

---

a. Verhältnisse, die die Uebertragung der Poliomyelitis beeinflussen. Von C. Levaditi und V. Danulesco. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII, 1912, Nr. 14.

b. Experimentelle Studie des Uebertragungsmodus der Poliomyelitis. Von denselben. Ebenda Nr. 15.

a. Die Autoren weisen darauf hin, daß bei der Kinderlähmung in Krankenhäusern nie ein Poliomyelitiskranker seine Umgehung infiziert hat, daß in Familien trotz reichlicher Gelegenheit zur Ansteckung immer einzelne Glieder verschont bleiben und beim Affen trotz langer Dauer des Kontaktes zwischen kranken und gesunden Tieren Fälle von Ansteckung im Käfig nicht beobachtet sind. Dies liegt nun nicht etwa daran, daß etwa die natürlichen Wege für das Gift nicht empfänglich wären. Schon die einfache Deposition des Giftes auf die Nasenschleimhaut stellt das Eindringen des Keims in den Organismus und den Ausbruch der Poliomyelitis sicher. Dabei geht dieses Eindringen sehr rasch vor sich. Führt man 4 Stunden nach der Einführung des Giftes karbol-mentholhaltiges Vaselinöl ein oder macht tagelang H_2O_2-Spülungen, so verhindert man die Infektion nicht mehr. Weniger leicht ist die Tonsille dem Gift zugänglich.

b. Käfiginfektion bei der experimentellen Kinderlähmung der Affen hat man aus dem Grunde noch nicht beobachtet, weil die Elimination des Giftes bei Tieren, die auf zerebralem Wege infiziert wurden, durch die Nasen- und Rachenschleimhaut durchaus nicht leicht und nicht

in großem Maßstabe vor sich geht. Beim Menschen scheint dagegen die Ausscheidung des Giftes auf diesem Wege häufiger zu sein (Versuche von King, Wernstedt und Petersson). Die Autoren erklären die Differenz dadurch, daß bei Poliomyelitis-Kranken der Keim nach seinem Eindringen durch Nase und Rachenschleimhaut sich hier an Ort und Stelle zu vermehren pflegt, so daß man ihn in diesem Gebiete leichter auffinden kann, als bei Affen, die intrazerebral geimpft wurden. Dr. Mayer-Simmern.

Infantile Paralysis in Massachusetts during 1910. Boston 1912.

Ein sehr ausführlicher Bericht, von der Medizinalverwaltung des Staates Massachusetts herausgegeben, beschäftigt sich mit der großen Kinderlähmungsepidemie 1910. Das Werk enthält eine große Menge von statistischen Tabellen, Plänen usw. Krankengeschichten und Uebertragungsversuchen; es eignet sich daher im allgemeinen wenig zu einem Referat.

Von nicht unerheblichem Interesse für die Uebertragungsweise scheint jedoch zu sein, daß in 34 Haushaltungen von 110, in denen Menschen erkrankt waren, zu gleicher Zeit auch 82 Tiere erkrankt beobachtet wurden. So wurden allein bei 12 Hühnern und 4 Hunden Paralysen beobachtet, die sich zurückbildeten. Ref. möchte hierbei erwähnen, daß er eine ähnliche Beobachtung bei Hühnern in der Sitzung des Reichsgesundheitsrates anläßlich der Epidemie in Westfalen und dem Fürstentum Waldeck vor 2 Jahren zur Kenntnis gegeben hat und daß dieses damals kein besonderer Wert beigelegt wurde. Dr. Doetz-Arolsen.

---

c. Syphilis.

Ueber die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion bei internen Erkrankungen. Methodisches und Klinisches. Aus der med. Klinik in Basel. Von Dr. Rudolf Massini, Assistenzarzt. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 24 und 25.

Auf Grund von etwa 2300 Fällen, in denen Verfasser die Wassermannsche Reaktion angewandt hat, kommt er zu folgenden Schlußresultaten:

1. Die Wassermannreaktion ist ein gutes Mittel, Lues nachzuweisen und bewährt sich besonders auch bei inneren Fällen, hauptsächlich zur Ergänzung der Anamnese.

2. Auch schwere konsumptive Krankheiten (Tuberkulose, Karzinom usw.), sowie Ikterus allein haben keinen positiven Wassermann zur Folge.

3a. Ein stark positiver Wassermann bei interner Krankheit spricht dafür, daß noch aktiv luetische Prozesse im Körper vorhanden sind; eine Krankheit beruht daher wahrscheinlich auf Lues, wenn keine anderen luetischen Prozesse vorhanden sind, welche die stark positive Wassermannreaktion erklären.

3b. Es gibt möglicherweise syphilitische Leberzirrhosen mit stark positiver Wassermannreaktion, die sich klinisch nicht von einer gewöhnlichen Länneckschen Zirrhose unterscheiden lassen.

4. Schwachpositive Wassermannreaktion kann dafür sprechen:

a) Daß der Patient einmal Lues gehabt hat, es kann sich daher bei seiner Krankheit handeln:
   1. um eine nicht luetische Krankheit bei einem Luetiker,
   2. um eine postluetische Krankheit, z. B. Tabes,
   3. um die Folgen einer luetischen Krankheit, z. B. Aneurysma,
   4. sie kommt aber wahrscheinlich nicht bei konsumptiven Krankheiten vor, ohne daß Lues dabei im Spiele ist.

b) Es kann sich handeln um einen luetischen Prozeß bei einem Patienten mit behandelter Lues oder bei einem Patienten, dessen Serum primär wenig hemmende Eigenschaften besitzt.

5. Negative Wassermannsche Probe schließt eine luetische Erkrankung keinesfalls aus.

6. Die Wassermannreaktion ersetzt eine andere klinische Methode, wegen ihrer mangelnden Spezifität ist sie uns nur ein Glied in der Reihe der diagnostischen Uebertragungen.

7. Die Wassermannreaktion muß quantitativ angestellt werden.

Die Extrakte müssen möglichst gleichmäßig aufeinander eingestellt werden. Dr. Waibel-Kempten.

Zur Frage der Infektiosität des Blutes Syphilitischer. Von Dr. R. Frühwald. Wiener klinische Wochenschrift; 1912, Nr. 16.

Für Klärung der noch recht strittigen Frage über die Infektiosität des Blutes Syphilitischer hat F. gesunden Kaninchen das Blut Syphilitischer, die unter floriden Erscheinungen erkrankt waren, unter die Ohrhaut injiziert. Der Erfolg war der, daß das Blut völlig resorbiert wurde, wenn die Menge nicht zu groß war, ohne daß irgendwelche Erscheinungen eintraten.

In anderen Fällen bildete sich nach 7—10 Tagen ein schwarzer Schorf, wurde dieser entfernt, so zeigte sich ein Substanzverlust mit unterminierten Räumen. Dieselben nekrotischen Veränderungen wurden aber auch bei der Verimpfung des Blutes Nichtsyphilitischer erzielt; sie können daher nicht als spezifische Veränderungen bezeichnet werden, zumal die Spirochaeten fehlten.

Dr. Dohrn-Hannover.

Bisherige Ergebnisse unserer Salvarsanbehandlung. Von Oberarzt Dr. Kannengießer, kommandiert zur Klinik für Hautkranke in Köln. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 21 und 22.

Verfasser berichtet über 530 klinisch behandelte Fälle; davon wurden behandelt mit Salvarsan allein: 266 (48 intramuskulär bezw. subkutan, 218 intravenös), mit Salvarsan kombiniert mit Hg: 238 (darunter 7 intramuskulär bezw. subkutan, 231 intravenös), außerdem mit Jodkali: 19 und Neugeborene mit Salvarsanmilch: 7. Auf Grund der hierbei gemachten Beobachtung kommt Verfasser zu folgenden Schlußsätzen:

1. Das Salvarsan hat in allen Stadien der Syphilis und auch in solchen Fällen, die sich gegen andere Behandlungsmethoden refraktär verhielten, allein sowohl, als auch besser noch in Verbindung mit Hg bezw. Jodkali, die syphilitischen Erscheinungen zum Schwinden gebracht. Als Art der Einverleibung hat sich die intravenöse Injektion am besten bewährt.

2. Das Mittel muß tunlichst in Kombination mit einer Quecksilberkur, in wiederholten Dosen und in ausreichender Gesamtmenge gegeben werden, wenn man auf Dauererfolge rechnen will. Bei der außerordentlichen Verschiedenheit in der Schwere der Erkrankungen ist es vorläufig unmöglich, die minimalste Gesamtmenge für alle Fälle festzulegen; 3—4 g Salvarsan dürfte im Verein mit einer Schmierkur von etwa 180 g ausreichend sein, um in vielen Fällen einen dauernden Erfolg zu erzielen.

3. Eine am Ende einer unzureichenden Behandlung oder auch noch längere Zeit nachher negativ ausfallende Seroreaktion bietet keine Gewähr für einen Dauererfolg, da die nach Salvarsanbehandlung beobachteten Fälle von Rezidiven häufig kurz vor oder auch noch nach ihrem Auftreten negative Seroreaktion zeigen. Für die Beurteilung latenter oder anscheinend geheilter Fälle mit negativer Seroreaktion, namentlich bezüglich etwaiger weiterer (intermittierender) Behandlung, kommt daher, soweit es sich durchführen läßt, die von Gennerich und von Milan empfohlene provokatorische Salvarsaninjektion mit länger und häufig wiederholter Blutkontrolle in Frage. Die Durchführung dieses Verfahrens wird in der Praxis auf sehr viele Schwierigkeiten stoßen.

4. Das gehäufte Auftreten von Neurorezidiven seit Einführung des Salvarsans findet seine Erklärung in einer gewissen nervenschädigenden Wirkung des Mittels, die bei unzureichender Behandlung für spätere Rezidive im Gebiete dazu besonders prädisponierter Nerven einen locus minoris resistentiae schafft.

5. Die hin und wieder beobachteten plötzlichen Todesfälle nach Salvarsanbehandlung mit vorausgehenden schweren zerebralen Erscheinungen, die auf verschiedene, zum Teil noch unaufgeklärte Ursachen zurückzuführen sind, sind zwar dazu angetan, schwerwiegende Bedenken gegen die Salvarsantherapie zu wecken; doch sind sie glücklicherweise so selten, daß sie zunächst gegenüber den großen Vorteilen der neuen Therapie mit in den Kauf genommen werden müssen. Dr. Waibel-Kempten.

Minimalzeit des Verschwindens der Syphilisspirillen durch Arsenobenzol (Neosalvarsan). Von Paul Salmon und Browne. Aus dem Laboratorium des Prof. Metchnikoff, Paris. Comptes rendus de la soc. de biol.: LXXII, 1912, Nr. 21.

Verfasser sahen nach Injektion von Neosalvarsan im Blute der Tiere die Spirillen unbeweglich werden, an Zahl abnehmen und schließlich schon nach 5 Stunden verschwinden. Durch diese schnelle Spirillolyse erklärt sich besonders die rasche Vermehrung syphilitischer Geschwüre. Fehlen der Spirillen bedeutet aber auch Verlust der Ansteckungsfähigkeit zerfallener Syphiliden mit der Einschränkung, daß Flüssigkeiten mit sehr seltenen oder zerfallenen Parasiten ebenfalls — was noch nicht nachgewiesen ist — ihre Virulenz verloren haben. Immerhin hat das Arsenobenzol in der Prophylaxe der Syphilis die größte Bedeutung. Dr. Mayer-Simmern.

Ueber Neosalvarsan. 1. Von E. Schreiber in Magdeburg. Münchener medizinische Wochenschrift; 1912, Nr. 17. 2. Von Prof. Dr. Julius Iversen. Ebenda; Nr. 26.

1. Das von Ehrlich hergestellte Neosalvarsan entsteht durch eine Kondensation des formaldehyd-sulfoxylsauren Natrons (CH_2 [OH] O-SO-Na) mit Salvarsan; es ist also ein erster Abkömmling des Salvarsans. Seine Vorzüge bestehen nach den zahlreichen von Schreiber teils im Laboratorium, teils in der Klinik angestellten Versuchen und Experimenten kurz zusammengefaßt in seiner leichteren Löslichkeit und absolut neutralen Reaktion, in seiner besseren Verträglichkeit, die eine Anwendung in größeren Dosen gestattet, sowie in seiner mindestens ebenso guten Wirksamkeit wie beim alten Salvarsan. Außerdem ist es geeigneter zu intramuskulärer Injektion.

2. Iversen hat an etwa 40 Fällen von Syphilis aller Stadien die Wirkung des Neosalvarsans erprobt. Als seine Vorzüge hebt er ebenfalls hervor die außerordentlich leichte Löslichkeit in destilliertem Wasser, die neutrale Reaktion der Lösung, die leichte Verträglichkeit, die Unschädlichkeit des Mittels und den geringen Reiz bei intramuskulärer Applikation des Mittels. Durch die Möglichkeit der Zufuhr größerer Quantitäten von Neosalvarsan in kürzester Zeit ist es auch nicht ausgeschlossen, daß es vielleicht dadurch gelingen wird, auch die Arzneifestigkeit der Pallidarezidivstämme zu brechen. Nach Ansicht des Verfassers ist deshalb das Neosalvarsan als ein Fortschritt in der Chemotherapie der menschlichen Spirochaetenkrankheiten zu begrüßen.

Dr. Waibel-Kempten.

Der therapeutische und diagnostische Wert des Gonokokkenvakzins. Von Prof. Dr. Kühner und Dr. A. Schwenk in Berlin. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung; 1912, Nr. 5.

Es wird über Resultate mit dem von Prof. G. Michaelis im Institut für Infektionskrankheiten hergestellten Gonokokkenvakzin berichtet, die sowohl bei zwei schweren Fällen von akuter gonorrhöischer Sepsis, als auch unter Hinzunahme der bisher geübten Lokalbehandlung bei akuter Prostataschwellung, sowie bei einigen chronisch gonorrhöischen Prozessen und bei Rektalgonorrhöe sehr günstige waren.

Das hauptsächlichste Anwendungsgebiet für diese neue Behandlungsweise scheint aber die chronische Epididymitis mit Knoten an Cauda und Caput zu sein.

Bei akuter Gonorrhöe ohne Lokaltherapie schien die Vakzinbehandlung keinen sonderlich großen Einfluß zu haben, bei der akuten Epididymitis waren die Resultate wechselnd.

Auch zu diagnostischen Zwecken scheint die Vakzininjektion eine Zukunft zu haben; es wird durch sie bei der Anwesenheit von Gonokokken ein Irritationsausfluß aus der Urethra hervorgerufen.

Die Injektionen wurden subkutan in die Bauchhaut gemacht und nicht vor dem 6. Tage wiederholt; es wurde von der Keimlösung, die in 1 ccm 50 Millionen abgetötete Gonokokken enthält, zunächst die Dosis 5 Millionen (also 1 Teilstrich der Spritze) eingeführt und allmählich bis 40 Millionen, d. h. 8 Teilstriche der Spritze angestiegen. Unangenehme Nebenerscheinungen sind nicht beobachtet worden. Dr. Pachnio-Stralsund.

d. Zoonosen.

1. Milzbrand.

Ueber die Wirkung des Salvarsans auf den Milzbrand. Von Prof. Bettmann und Priv.-Doz. Dr. Laubenheimer. Deutsche mediz. Wochenschrift; 1912, Nr. 8.

Auf Grund von experimentellen Versuchen konnte festgestellt werden, daß das Salvarsan einen entschieden günstigen Einfluß auf die experimentelle Milzbrandinfektion der Versuchstiere (Meerschweinchen) ausübt. Es ist deshalb berechtigt, den von klinischer Seite beobachteten auffallend günstigen Verlauf der mit Salvarsan behandelten Milzbrandfälle beim Menschen ebenfalls auf die angewandte Therapie zurückzuführen und weitere Versuche in diesem Sinne anzuraten. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Neuere Gesichtspunkte in der Milzbrandtherapie. Von Dr. Georg Becker. Deutsche medizin. Wochenschrift; 1912, Nr. 12.

Verfasser konnten in mehreren Fällen schwersten Milzbrandes, bei denen im Blute massenhaft Milzbrandbazillen nachgewiesen werden konnten, durch die Anwendung des Sobernheimschen Milzbrandserums günstige Erfolge erzielen, so daß die Anwendung des Milzbrandserums wohl empfohlen werden kann. Ueber die Wirkung des Salversans konnte Verf. auf Grund der wenigen behandelten Fälle noch kein abschließendes Urteil abgeben; es scheint jedoch, daß Salvarsan von günstigem Einfluß ist. Dr. R. Mohrmann-Stade.

---

2. Trichinose.

Ueber eine kleine Trichinoseepidemie in Cadolzburg, Bez.-Amt Fürth in Bayern. Von Bezirksarzt Dr. Spaeth in Fürth. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 24.

Verfasser berichtet in längeren ätiologisch und diagnostisch interessanten Ausführungen über eine kleine Trichinoseepidemie, die ihren Ausgang von einer Wasenmeisterei zu Cadolzburg nahm, in der ein über ein halbes Jahr altes Schwein im Gewicht von 150 Pfund zur Schlachtung kam und zum Teil zu Bratwürsten verarbeitet wurde. Dieses Schwein hatte sich zweifellos durch Auffressen von trichinösen Ratten infiziert, die ja bekanntlich in allen Wasenmeistereien zahlreich vorkommen.

Vom Genuß dieses Schweinefleisches resp. dieser Bratwürste erkrankten zunächst 6 Mitglieder der engeren Familie des Wasenmeisters, dann der Hausmetzger und 3 weitere zu Besuch gekommene Verwandte und Bekannte der Wasenmeistersfamilie. Der Krankheitscharakter und -verlauf war im allgemeinen ein milder und günstiger, indem sämtliche Erkrankungen in Genesung übergingen; die kürzeste Inkubationsfrist nach Aufnahme des trichinösen Schweinefleisches betrug ca. 14 Tage. Die Krankheitkdiagnose bereitete anfangs einige Schwierigkeiten. Es wurde zunächst der Verdacht auf Typhus bezw. Paratyphus ausgesprochen. Der Allgemeineindruck, den man bei der Untersuchung der Kranken bekam, drängte zu der Annahme, daß, wenn überhaupt eine typhöse Erkrankung vorlag, es sich nur um die Form des weniger typisch verlaufenden Paratyphus handeln konnte.

Diese verschiedenen Bedenken an der Richtigkeit der Typhusdiagnose und die weiteren Nachforschungen und Untersuchungen, besonders die Untersuchungen von Stuhl- und Blutproben der Kranken, dann die Tatsache des gemeinsamen Ausgangspunktes der Erkrankungen von dem Genusse des Schweinefleisches in der Wasenmeisterei, endlich der positive Trichinenbefund im Schinken des betr. Schweines führten endlich zur gesicherten Diagnose der Trichinose und damit zu den erforderlichen ssnitätspolizeilichen Maßnahmen, die hauptsächlich in Unschädlichmachung des trichinenhaltigen Fleisches bestehen. Es genügt aber dabei nicht, daß dieses dem menschlichen Genusse entzogen wird, sondern es muß vollständig vernichtet werden, damit auch nicht Tiere, wie Ratten, trichinenhaltiges Fleisch verzehren und dadurch wieder zur weiteren Verbreitung der Trichinose beitragen. Zum Glücke blieben im vorliegenden Falle die Infektionen auf einen engeren Kreis beschränkt, weil es sich um eine Hausschlachtung handelte, bei der das Fleisch nur zur Verwendung in der Familie bestimmt war. Aus diesem Grunde war auch noch

reichlich Fleisch zur Untersuchung vorhanden, was die schnellere und sicherere Diagnosenstellung ermöglichte.

So treten in Bayern immer wieder und wieder Trichinenepidemien auf: es muß deshalb mit Rücksicht darauf die allgemeine Einführung der obligaten Trichinenschau vom sanitätspolizeilichen Standpunkte aus als ein unabweisbares Erfordernis bezeichnet werden. In Cadolzburg ist die Trichinenschau nunmehr eingeführt. Dr. Waibel-Kempten.

---

e. Tropenkrankheiten (Malaria).

Das Blutpigment im Harne von Malariakranken. Von Stabsarzt Dr. Dominico Salvatore-Rom. Giornale de Medicina Militare; 1912, Heft I—II.

Im Urin von Malariakranken findet man ständig ein Blutpigment von deutlich blauschwarzer Farbe und ein anderes gelbliches Pigment, das aber nur gelegentlich gefunden wird.

Beide Farbstoffe sind wahrscheinlich verschiedener Natur und kommen auch im Harne anderer Kranker vor, nämlich bei solchen Erkrankungen, bei denen man, wie bei der Malaria Haemolysine im Blut gefunden hat oder wo man sie jedenfalls annehmen muß.

Von diesen Farbstoffen scheint der stark dunkelblaue mit metallischem Glanz nur vom Haematin stammen zu können, während der andere von heller Farbe mit dem Haemosiderin (Neumann) übereinstimmt. Man kann das Auftreten dieser Pigmente nicht als charakteristisch für Malaria ansehen und muß deshalb in schwierigen Fällen, in denen man im Blute nicht die spezifischen Erreger findet, die Diagnose Malaria immer auf verschiedene und nicht auf einzelne Symptome aufbauen. In schweren Fällen, wo das Leben des Kranken direkt bedroht ist, soll man möglichst schnell und energisch Chininpräparate geben und nicht auf den Ausfall der mikroskopischen Untersuchung warten.

Dr. Dohrn-Hannover.

Ueber die Behandlung der Malaria mit Salvarsan. Von Dr. M. Tuschinsky. Deutsche medizin. Wochenschrift; 1912, Nr. 12.

Bei der Tertiana gelingt es durch Salvarsaninjektionen völlige Heilung hervorzurufen. Erforderlich zur Erzielung dieser Wirkung ist die Injektion einer genügend großen Dosis (0,5 g) und eine wiederholte Infusion nach zehn Tagen. Die tropische Form der Malaria wird nach den Erfahrungen des Verfassers durch Salvarsan nicht beeinflußt. Dr. R. Mohrmann-Stade.

Neosalvarsan bei Malaria tertiana. Aus dem Obuchoff-Männerhospital in St. Petersburg. Von Jul. Iversen und M. Tuschinsky. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 29.

Die Verfasser hatten anfangs April Gelegenheit, bei 5 Fällen von Malaria tertiana die Wirkung des Neosalvarsans zu beobachten und konnten dabei konstatieren, daß das Neosalvarsan, 0,75 intravenös infundiert, ein ganz spezifisches Heilmittel für Malaria tertiana darstellt, die Anfälle koupiert und die Parasiten zum Verschwinden bringt. Nach 10 Tagen ist die Infusion zu wiederholen. Unangenehme Erscheinungen oder toxische Symptome haben die Verfasser bei dieser Behandlung nicht gesehen. Dr. Waibel-Kempten.

---

f. Andere Krankheiten (Peritiphlitis, Echinokokken und Kropf).

Epidemiologisches zur Perityphylitis. Von Dr. med. Wahle in Bad Kissingen. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 26.

Mehr und mehr hat sich die Anschauung Bahn gebrochen, daß es sich bei der Appendicitis um eine Infektionskrankheit handelt, obwohl man bis jetzt den krankmachenden Keim nicht entdecken und auch klinisch und experimentell nichts Wesentliches finden konnte. Verfasser berichtet über zwei Krankheitsfälle in seiner eigenen Familie, welche den Stempel der akuten Infektion ganz typisch an sich trugen. Zuerst erkrankte am 28. April 1912 sein 3½ Jahre altes Töchterchen und dann am 1. Mai 1912 sein 5jähriger Sohn unter den Erscheinungen einer Appendicitis. Bei beiden Patienten verlief die Krankheit nach wenigen Tagen. In beiden Fällen handelt es sich um eine akutest ver-

laufende Infektionskrankheit, hervorgerufen durch eine gemeinsame Ursache, die vielleicht in der Form von Krankheitskeimen durch die Nahrung in die Tonsillen und auf dem Wege der Lymphbahn zur Appendix gelangten und dort zur Entzündung führten. Dr. Waibel-Kempten.

Die Serodiagnose der Echinokokkeninfektion. Von Dr. Benno Hahn, Assistent der med. Univ.-Poliklinik in Marburg. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 27.

Bei der häufigen Insuffizienz unserer bisherigen diagnostischen Hilfsmittel war es zu begrüßen, daß die Serologen durch den Ausbau biologischer Methoden die Diagnose einer Echinokokkeninfektion zu sichern suchten. Von diesen beiden Methoden bewährte sich besonders diejenige, bei der es sich um den Nachweis komplementablenkender Substanzen im Patientenserum durch die Komplementbindungsmethode nach Bordet und Gengou handelt. Die Reaktion wurde zunächst von Ghedini für die Echinokokkose ausgebaut, dann besonders von Weinberg unter Bestätigung der Angaben Ghedinis praktisch verwandt. Da in letzterer Zeit von verschiedenen Seiten die unbedingte Spezifität der Reaktion in Frage gestellt wurde und mehrere Einzelheiten dieser Untersuchungsmethode noch der Klärung bedurften, unterzog Verfasser an der Hand von 5 sicheren Echinokokkenserien die Reaktion einer Nachprüfung und kam auf Grund seiner ausführlich dargelegten Untersuchungen zu folgenden Schlußsätzen:

1. Die Komplementbildungsmethode nach Ghedini ist bei positivem Ausfall der Reaktion beweisend für eine Infektion mit Taenia echinococcus oder Taenia saginata. Zwischen Taenia echinococcus oder Taenia saginata ist eine biologische Gruppenreaktion vorhanden, die auf die biologische Verwandschaft beider Arten zurückzuführen ist. Ein positiver Ausfall spricht also nur dann für Echinokokkose, wenn bei den Patienten eine Infektion mit Taenia saginata auszuschließen ist.

2. Als Antigen erwies sich der wässrige Blasenauszug als am besten geeignet. Er ist jedoch selbst bei Karbolzusatz (0,5 %) nicht lange haltbar. Die durch Kerzen filtrierte Zystenflüssigkeit von Menschen-, Schweine- und Rinderechinokokken wies keine genügende antigenen Eigenschaften auf, ebenso eine unfiltrierte Hydatidenflüssigkeit einer Patientin gegenüber ihren eigenen Serum.

3. Bei Verwendung des alkoholischen Antigens muß zugleich eine Kontrolle mit Luesextrakt angesetzt werden. Nur bei negativer Wassermannscher Reaktion ist der positive Ausfall der Komplementbindungssmethode nach Ghedini für Echinokokkose zu verwerten. Bei gleichzeitigem positivem Ausfall der Luesreaktion kann dagegen auf einen wässrigen Echinococcusextrakt nicht verzichtet werden. Dieser gab mit Luesserum niemals Komplementbildung. Wenn ein anderes Antigen nicht zur Verfügung steht, so eignet sich zur Anstellung der Reaktion noch am besten ein wässriger Auszug der Taenia saginata.

4. Ein negativer Ausfall der Komplementablenkungsmethode bei sicherer Echinokokkose kommt vor. Die früher negative Reaktion wurde in einem der Fälle des Verfassers 14 Tage nach dem operativen Eingriff positiv.

Dr. Waibel-Kempten.

Ueber Kropf und Kretinismus in Tirol und Vorarlberg. Von San.-Rat Dr. Adolf v. Kutschera. Wiener klinische Wochenschrift; 1912, Nr. 26.

K. ist auf Grund seiner Untersuchungen, zu denen ihm die Schulleitungen das nötige Material lieferten, zu folgenden Resultaten gekommen:

1. Kropf und Kretinismus sind an gewisse Familien und Häuser gebunden.

2. In diesen Familien und Häusern kommen eine Reihe von Störungen nebeneinander vor, die als gemeinsames Merkmal eine verminderte Widerstandsfähigkeit der Kinder im ersten Lebensalter, sowie der ungeborenen Früchte zeigen. In solchen Familien gibt es auffallend viele Totgeburten, die Kindersterblichkeit ist sehr groß, die Ueberlebenden werden entweder als Idioten geboren oder fallen später allmählich oder bei besonderen Anlässen, unter denen besonders Infektionskrankheiten eine Rolle spielen, dem Kretinismus, der Hypothyreose im engeren Sinne, anheim. Dr. Dohrn-Hannover.

2. Schulhygiene und Jugendfürsorge.

Intelligenzprüfung. Von Kuntze-Weißensee. Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger: 1912: Nr. 4.

In die Hilfsschule gehören nur die Debilen und die leichteren Grade der Imbezillen, dagegen nicht stark Imbezille, Idioten, Epileptiker, Taube, Blinde, psychopathische Konstitutionen, intellektuell und ethisch Verkümmerte. Es gibt Krankheitserscheinungen, die dem leichten Schwachsinn sehr ähnlich sehen, mit diesem aber nicht verwechselt werden dürfen. Die häufigste Art dieser Geistesstörung unter den Kindern bilden die psychopathischen Konstitutionen. Vornehmlich leiden solche Kranke an einer pathologischen Vorstellungsüberwertigkeit, was sich wieder im Sprunghaften ihrer Ansichten und Handlungen äußert, wodurch sie sich unbewußt aus dem Rahmen des Normalen herausheben. Die intellektuell und ethisch Verkümmerten finden sich in besonders großer Zahl in Städten und Großstädten. Da, wo die Sorge ums tägliche Brot Vater und Mutter tagsüber von zu Hause fernhält, wo die Kinder von frühester Jugend an sich selbst überlassen bleiben, oft am Tage in der Wohnung eingeschlossen sitzen müssen und jeder geistigen Anregung entbehren, tritt natürlicherweise eine Armut im Vorstellungsleben ein, die dem Kinde am Anfange des Schullebens zum Verhängnis wird. Gerade in der Unterstufe liegen für Schulanfänger die meisten Schwierigkeiten, die natürlich unüberwindbar sind, wenn das Elternhaus für genügende geistige Regsamkeit nicht gesorgt hat und nicht sorgen konnte. Hier würden Förderklassen für die Unterstufe noch so manches Kind über den Berg hinweghelfen. Noch ungünstiger schneidet die moralische Erziehung ab. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ein Instrument zur Prüfung des Gehörs. Von Elwin H. P. Nash, D. P. H., medical officer of health, Wimbledon. Public health; XXV, 1912, Nr. 5.

Der Autor[1]) hat ein Instrument konstruiert, das ähnlich wie eine Volkmannsche Schiene aussieht. Das Fußblech hat eine Oeffnung. Diese stimmt genau mit der Lage einer Uhr überein, die an einem verschiebbaren Stabe befestigt ist, der an einem Maßstab hin und her gleitet, der den Unterschenkelteil jener Schiene repräsentiert. Das Instrument wird auf den Tisch gestellt; das Kind, dessen Gehör geprüft werden soll, muß nach abwärts sehen und legt sein Ohr an jene Oeffnung. So kann es den Ort der Uhr nicht erkennen, ebenso nicht die Bewegungen der prüfenden Person. Der Apparat läßt sich in seine Einzelteile zerlegen.

Auch Lehrer und Schulschwester können sich bei den ärztlichen Untersuchungen oder zwischen denselben mit Erfolg des Apparates bedienen.

Dr. Mayer-Simmern.

Zur Frage der Vereinheitlichung des schulärztlichen Dienstes in Deutschland. Von Dr. Steinhaus-Dortmund. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1912, Nr. 6.

Schon seit einer Reihe von Jahren streben die Schulärzte nach einer einheitlichen Organisation ihres Dienstes, bisher ohne besonderen Erfolg, da nach einer Umfrage des Verfassers von 90 Städten 15 überhaupt noch keine Dienstanweisung hatten, und die übrigen noch jeder Einheitlichkeit entbehrten. Verfasser verlangt vor allem eine einheitliche Aufstellung der Mindestarbeitsleistungen, die vom Schularzt zu verlangen sind, und die sich auf die drei Sondergebiete der Schulgesundheitspflege, die Hygiene des Schulgebäudes, des Schulkindes und des Unterrichts beziehen müßten. Nach Besprechung der von Cuntz und Oebbecke im Jahre 1909 zu diesem Zweck aufgestellten Leitsätze, formuliert Verfasser seine Forderungen für die Dienstanweisung, nach der jeder Schularzt ein Revisionsbuch über die hygienischen Einrichtungen des Schulhauses, ein klinisches Personalbuch, ein Verzeichnis der Ueberwachungsschüler und ein Buch führen muß, in dem alle die bei den Klassenbesuchen als krank befundenen Kinder mit Angabe der Diagnose aufgeführt werden. Gesundheitsscheine für sämtliche Kinder, Mitteilungsformulare an die Eltern, sämtliche Statistiken zum Jahresbericht hält Verfasser für entbehrlich.

Dr. Solbrig-Königsberg.

[1]) Vergleiche diese Zeitschr. 1910, S. 618.

Schulärztlicher Gesamtbericht für Leipzig über das Schuljahr 1910—1911. Zusammengestellt aus den Jahresberichten der Schulärzte. Von Medizinalrat Dr. Poetter, Stadtbezirksarzt und Dr. Kloberg, Schularzt. Zeitschrift für Gesundheitspflege; 1912, Nr. 5.

Die in freier Form abgefaßten schulärztlichen Jahresberichte machten bisher wegen der Ungleichmäßigkeit der Berichterstattung und mangels ziffernmäßigen Nachweises eine Zusammenstellung über die von allen Schulärzten geleistete Arbeit unmöglich. Um diesem Mangel abzuhelfen, wurde von den Leipziger Schulärzten ein Vordruck für den Jahresbericht entworfen, der nun gleichmäßig bearbeitet werden mußte, und aus dem vor allem zu ersehen war, wie weit die einzelnen Schulärzte ihre Tätigkeit ausgebaut hatten. Die erste Zusammenfassung des Jahresberichts sämtlicher 33 Leipziger Schulärzte liegt nun hier vor; 7 davon konnten wegen einiger Ungenauigkeiten in den Zahlenangaben noch nicht mitverwertet werden, doch sind in den Tabellen die Zahlen so berechnet worden, als wenn die Leistungen dieser Aerzte dem Durchschnitt der übrigen entsprechen würden. Nach Tabelle I kamen im Durchschnitt auf jede Schule 24,0 Besuche des Schularztes in der Schule, 9,8 Besuche bei Schulkindern in der Wohnung, 7,4 Konsultationen und 1,2 Gutachten. Tabelle II zeigt, daß fast ¹/₃ sämtlicher Schulkinder im Laufe des Schuljahres vom Schularzt untersucht worden sind, mit den Elementaristenuntersuchungen zusammen sind es sogar 43,7 %! Nach Tabelle III wurden von 2600 Kindern, die Dispensierung — hauptsächlich vom Turnen — wünschten, 32,3 % ganz abgewiesen und fast ebensoviele konnten noch mit einer gewissen Schonung mitturnen; etwa 5000 Kinder wurden zur Auswahl für Ferienkoloniern oder andere hygienische Vergünstigungen untersucht. 12 Kinder, die gezüchtigt worden waren, ließ der Schulleiter vom Schularzt untersuchen (bei 77 359 Schulkindern und 2119 Lehrern!); nur einmal konnte eine Ueberschreitung des Züchtigungsrechtes festgestellt werden. In 50 Fällen wurde „erste Hilfe" vom Schularzt geleistet. Infektionskrankheiten kamen in 4470 Fällen vor, 5,61 % sämtlicher Kinder wurden befallen; von diesen sind nur 10,8 % nicht ärztlich behandelt und nur 0,5 % von Kurpfuschern, ein Erfolg der eingeführten Familienbehandlung der Ortskrankenkasse Leipzig.

Die zum Teil sehr eingehenden Berichte bringen noch zahlreiche Anregungen und zeigen ein reges Interesse der Schulärzte, die alle nicht nur Statistiker, sondern Helfer und Berater sein wollen.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Ueber die Verwertung der Schulgesundheitsbogen. Von Dr. Bermbach-Cöln. Gesundheit; 1912, Nr. 9.

Da eine Mehrzahl der Menschen später nie wieder so lange und gründlich von Fachmännern beobachtet wird, wie während der Schulzeit, so sind die Gesundheitsbogen ein sehr wertvolles, oft sogar das einige Mittel, um sich über die pathologischen Antezedentien einer Person Aufschluß zu verschaffen. Namentlich werden die Militärverwaltung, die Rechtspflege und die ärztliche Gutachtertätigkeit von diesen Dokumenten vielfach für sich selbst wie für das betr. Individuum Gebrauch machen können. Voraussetzung ist hierfür natürlich daß seitens der Lehrer alle besonderen Charaktereigentümlichkeiten der Schüler in die Bogen eingetragen werden und daß der Schularzt auf alle diejenigen Anomalien sein Augenmerk richtet, die später vielleicht ihren Träger in Ungelegenheit bringen und damit zu behördlichen Nachfragen Veranlassung geben können; die Verwertung der Gesundheitsbogen für diese Zwecke setzt aber ihre Aufbewahrung in einer Zentrale voraus. Die hieraus entstehenden Kosten würden nicht hoch sein, jedenfalls aber durch die Vorteile einer solchen Einrichtung aufgewogen werden. Es brauchen nicht einmal von allen Schülern die Bogen aufbewahrt zu werden, sondern nur von solchen, die zu besonderen Beanstandungen Anlaß geben. Um Raum zu sparen, kann man den Inhalt der aufzubewahrenden Gesundheitsbogen nach dem Muster der bei der Polizei gebräuchlichen anthropometrischen Signalkarten mit Kurzschrift auf kleinere Karten übertragen und diese in einer Kartothek vereinigen, die in einem leerstehenden Schulraum Unterkunft finden könnte. Mit der Anlage und Verwaltung dieser Gesundheitsbogen-Zentrale könnte man einen Lehrer im Nebenamte betrauen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Der Einfluß des Großstadtmilieus auf das Schulkind. Von M. Zergiebel. Zeitschrift für pädag. Psychologie; 1912, Nr. 6.

Die Umwelt des Großstadtkindes beeinflußt seine gesamte geistige Arbeit, durch den häufigen Wechsel seelischer Eindrücke wird die Adaptationsfähigkeit der Aufmerksamkeit bedeutend erhöht, ihre Intensität jedoch stark beeinträchtigt. Das Schulkind zeigt infolgedessen auf der einen Seite reges geistiges Leben, anderseits machen sich leichte Ermüdbarkeit und ihre Begleiterscheinungen, Zerstreutheit und Faselei, geltend und die Unlust, sich längere Zeit mit einem Gegenstande zu beschäftigen. Mit großer Sprachfertigkeit verbindet sich die Gefahr des Verbalismus. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Erwerbsarbeit der Volksschulkinder zu Halle a. S. Von Stadtschularzt Dr. Peters-Halle a. S. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1912, Nr. 6.

Während die gewerbliche Beschäftigung von Schulkindern durch Reichsgesetz vom 30. März 1903 geregelt ist, werden den Eltern bei Beschäftigung der eigenen Kinder im Hause mit Näharbeiten, Papierarbeiten, Anfertigung von Christbaumschmuck u. ä. kaum gesetzliche Beschränkungen auferlegt. Gerade diese behördlicherseits garnicht zu überwachenden Erwerbszweige sind aber unter den Schulkindern über Gebühr verbreitet. Durch Umfrage bei den Schulkindern selbst ermittelte Verfasser 1214 = 6,6% Schulkinder, die in solcher Weise erwerblich beschäftigt waren; hre Zahl nahm von 1% in der untersten auf 15% in der obersten Klasse zu. 200 Kinder, unter ihnen besonders die kleinsten, waren mit Papierklebearbeiten beschäftigt, davon 83 täglich 4 Stunden und mehr! Von 714 Kindern, die mit Zeitungenaustragen und Botengängen zu tun hatten, gaben 166 an, mehr als 3, ja bis zu 6 Stunden täglich beschäftigt zu sein. Von 216 Mädchen, die bei Hausarbeiten und Kinderwartung angestellt waren, hatten 154 in der Regel 5—7 Stunden zu tun. In den Schulleistungen macht sich diese Nebenbeschäftigung sehr bemerkbar; 415 = 34,1% dieser Kinder waren Remanenten; auch der Gesundheitszustand war ein schlechter, da 381 = 31,3% blutarm und elend war, woran die soziale Not der Eltern natürlich auch mit schuld war. — Verfasser verlangt von Lehrern, Geistlichen, Gemeindeschwestern und allen sozialtätigen Personen eine Belehrung und Einwirkung auf die Eltern. Dr. Solbrig-Königsberg.

Hygiene und Diätetik im Lehrplan der Schule. Von F. Kemsies. Zeitschrift für pädag. Psychologie; 1912, Nr. 5.

1. Die hygienische Unterweisung und Erziehung des Schülers muß bereits im ersten Schuljahre begonnen werden.

2. Die wichtigsten hygienischen Kapitel, wie Körperhaltung, Zahn- und Mundhygiene, Pflege der Atmungrorgane, Tuberkulose und Infektionskrankheit, Reinlichkeit und Desinfektion, Nahrungs- und Genußmittel, Arbeitshygiene können im Anschauungs- und Schreibunterricht der ersten drei Schuljahre relativ selbständig unter Umwandlung beobachtender Methoden zur Behandlung gelangen.

3. Vom vierten Schuljahre ab findet zuerst im biologischen, später im physikalisch-chemischen Unterricht eine planmäßige hygienische Unterweisung der Schüler statt; diese reicht bis in die oberen Klassen der höheren Lehranstalten hinauf. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Erfahrungen mit der Koëdukation an den höheren Schulen Württembergs. Von Oberreallehrer Kämmerer-Mergentheim. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1912, Nr. 6.

In Württemberg werden von 210 höheren Knabenschulen 138 zugleich von Mädchen besucht; es sind im ganzen 1077 Mädchen, die sich auf 56 humanistische und 82 realistische Schulen verteilen. Sie werden in jeder Weise den Knaben gleichgeachtet; es wird von ihren Leistungen dasselbe, bei der Aufnahmeprüfung zum Teil mehr, verlangt. In sprachlicher und formaler Bildung sind die Mädchen den Knaben überlegen, stehen aber in Mathematik zurück; anerkannt werden der größere Fleiß und die raschere Aufnahmefähigkeit. Mißstände irgendwelcher Art haben sich im gegenseitigen Verkehr nirgends gezeigt; dagegen ist in den meisten Fällen eine günstige gegenseitige Ein-

wirkung festgestellt. Die meisten Lehrer sprechen sich dahin aus, daß begabte Mädchen eine wertvolle Bereicherung des Schülermaterials seien. Die Gesamtzahl der Mädchen steigert sich von Jahr zu Jahr, besonders in den Realschulen der Mittel- und Kleinstädte, in denen nicht für eine entsprechende Bildungsmöglichkeit der Mädchen gesorgt ist. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Städtische Fürsorge auf dem Gebiete orthopädischen Turnunterrichts. Von Dr. Rothfeld-Chemnitz. Zeitschrift f. Schulgesundheitspflege; 1912, Nr, 5.

Die „Mitteilungen der Zentralstelle des deutschen Städtetages 1911, Nr. 7" bringen einen zusammenfassenden Bericht über den orthopädischen Turnunterricht als Ergebnis einer Rundfrage. Verfasser entnimmt daraus die Notizen: In 23 Städten besteht orthopädischer Turnunterricht, in 7 Städten ist er geplant. Die Leitung liegt entweder in der Hand von Spezialärzten oder von besonders ausgebildeten Lehrern unter ärztlicher Ueberwachung. Die Art des Turnens wird besprochen. Die Zahl der Teilnehmer an einer Stunde schwankt zwischen 10—20 Kindern; die Dauer des Kursus beträgt einige Monate oder wird bis zur Heilung durchgeführt. Die Kosten schwanken in den einzelnen Städten, sind aber durchschnittlich nicht zu hoch.

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Zur Aetiologie der Skoliose. Von Dr. Konrad Port in Nürnberg Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 21.

Die Eulenburgsche Theorie über die Entstehung der Skoliose durch Störung im Muskelgleichgewicht infolge einer sich im jugendlichen Alter ausbildenden Ermüdungshaltung ist heute fast ganz verlassen, ohne an ihre Stelle eine neue Erklärung setzen zu können. Verfasser teilt nun zwei eigene Beobachtungen mit, in denen ihm der Nachweis der Ursache für die Skoliose einwandfrei gelungen erscheint. Es handelt sich dabei um zwei vorher gesunde, nicht rhachitische Kinder, bei denen die Gesundheit durch ärztliche Untersuchung ungefähr ½ Jahr vor der Erkrankung sicher festgestellt ist. Bei ihnen entstand dann ziemlich rasch eine Skoliose und zwar eine beträchtliche seitliche Verkrümmung und deutliche Torsion im Lendenteil. Die Form dieser Skoliosen unterschied sich in nichts von den gewöhnlichen Skoliosen; sie sind nicht etwa nur eine schlechte Haltung, sondern die Veränderung blieb bestehen sowohl in Vorbeugehaltung, als in Bauchlage. Ferner hatte die Skoliose mit den gewöhnlichen Skoliosen gemeinsam die Hartnäckigkeit gegenüber therapeutischen Bestrebungen. In beiden Fällen stellte sich als Ursache der Skoliose eine Muskelerkrankung (Rheumatismus) heraus.

Man soll also, wie Verfasser auch noch in mehreren anderen Fällen mit Erfolg nachweisen konnte, bei beginnenden Skoliosen auf schmerzhafte Stellen in der Rückenmuskulatur fahnden, die sich gewöhnlich auf der konvexen Seite der Wirbelsäuleverkrümmung befinden. Dr. Waibel-Kempten.

Zahnuntersuchungen an Kieler Volksschulen. Von Stadtassistenzarzt Dr. Ernst. Zeitschrift für Schulgesundheitspflege; 1912, Nr. 4.

Nach den Ergebnissen der Untersuchungen des Verfassers besteht ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Beschaffenheit der Zähne und des Körperzustandes, ausgedrückt durch Größe und Gewicht, nicht; da, wo die körperliche Beschaffenheit und der Zustand des Gebisses sehr minderwertig befunden wurde, war anzunehmen, daß der sehr schlechte Zahnzustand das Sekundäre bildete. Bei 500 Knaben hat Verfasser ermittelt, in welcher Art sie als Säuglinge ernährt waren, und ob sie Rhachitis überstanden hatten, um den Einfluß dieser Faktoren auf die Entwicklung des Gebisses festzustellen. Es zeigte sich, daß bei rhachitischen Kindern tadellose Gebisse nie vorkamen, bei Flaschenkindern in etwa 1 %, bei Brustkindern dagegen bis zu 21,3 %!

Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

Die Wasserspülung der Schulaborte. Von Baurat Blankenburg-Schlachtensee. Städte-Zeitung; 1912, Nr. 24.

Die heute allgemein übliche und als hygienisch zweckmäßig anerkannte Anordnung der Schülaborte im Innern der Schulhäuser, verteilt auf deren

einzelne Geschosse bedingt einen erheblichen Wasserverbrauch zur Spülung und ständigen Reinhaltung der Klosett-Trichter und Rohrleitungen. Wenn dabei auch vielfach noch an Einzelaborten mit Spülung durch die Schüler festgehalten wird und diese Einrichtung von gewissen Seiten als die beste und aus mancherlei, auch aus erzieherischen Gründen vorzuziehende empfohlen und gewünscht wird, so zeigt die Erfahrung doch, daß für größere Schulanstalten und namentlich für Volksschulen die Anordnung von Reihenaborten auf gemeinsamen Sammelrohren mit selbsttätiger Wasserspülung die allein richtige ist, da nur diese eine wirksame Reinhaltung der Anlagen gewährleistet, während bei der durch die Schüler betätigten Spülung solche allgemein nur sehr unregelmäßig und mangelhaft vorgenommen, vielfach ganz unterlassen, auch mancherlei Beschädigungen an den Spülapparaten herbeigeführt wird. Bei selbsttätigen, regelmäßig intermittierenden Spülapparaten ist nun aber der Wasserverbrauch ungemein groß; auch hat sich infolge der ungleichmäßig verteilten und ungleich langen Unterrichtspausen der Umstand als sehr bedenklich herausgestellt, daß die Zeitintervalle zwischen den in gleichen Zwischenräumen eintretenden Spülungen nicht so geregelt werden können, daß diese immer zur geeigneten Zeit eintreten, so daß Rohrleitungen und Stutzen der Aborttrichter oft längere Zeit mit Fäkalien angefüllt stehen bleiben, bevor diese durch die nächstfolgende Spülung beseitigt werden. Ferner ist besonders der Uebelstand recht fühlbar geworden, daß bei diesen selbsttätigen Spülapparaten die menschliche Mitwirkung nicht entbehrt werden kann. Es muß daher als ein großer Erfolg der Bemühungen der Feinmechanik in Verbindung mit der Uhrenfabrikation eingeschätzt werden, daß es unter Verwendung des elektrischen Schwachstroms gelungen ist, Apparate zu konstruieren, die in Verbindung mit der Normaluhr der Schule die Spülung zu ganz bestimmten Zeiten selbsttätig herbeiführen, im übrigen aber sie selbsttätig absperren, wie z. B. das System Karl Köhler-Neustadt (Schw.). Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Hygiene der schulentlassenen Jugend. Von Alfred Lewandowski. Berliner klin. Wochenschrift; 1912, Nr. 2.

Im Anschluß an frühere Veröffentlichungen vertritt Verfasser erneut den Standpunkt, daß alle hygienischen Bestrebungen, die sich mit der Pflege der Schulkinder und der schulentlassenen Jugend befassen, in eine einheitliche Organisation zusammengefaßt werden müssen. Für die Verhältnisse Groß-Berlins macht er in dieser Beziehung spezielle Vorschläge.

Dr. Meinicke-Hamburg.

---

3. Fürsorgeerziehung.

Was kann Erziehung gegen ererbte Anlagen erreichen? Von Oberarzt Dr. Kratz-Dalldorf. Die Jugendfürsorge; 1912, H. 4.

In dem Widerspiel der einzelnen Anlagen kann die Erziehung bei normalen, d. h. nicht zu defekten Kindern bewirken, daß die Betätigung der fehlerhaften Anlagen durch Uebung von einer anderen Anlage aus gehemmt wird. Wir können also durch Erziehung die Betätigung und das wirkliche Handeln der Menschen ungeheuer beeinflussen und lassen doch die Anlagen in ihrem Wesen bestehen. Wenn es gelingt, erblich belastete Verbrecher durch Erziehung — wenn auch nur in beschränkter Anzahl — zu ordentlichen Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft zu machen, um wieviel wirksamer müssen wir da für die leichten sittlichen Mängel unserer normalen Kinder die Macht der Erziehung in Elternhaus und Schule einschätzen. Man darf diese quantitative Verschiebung, welche die Erziehung in den einzelnen Fähigkeiten bewirkt, nicht niedrig, sondern muß sie für den Gesamtwert der Persönlichkeit sehr hoch einschätzen. Eine Erziehung gegen ererbte Anlagen erweist sich also bei einer psychiatrisch-naturwissenschaftlichen Prüfung dieser Frage als sehr wohl erreichbar. Diese ärztliche Prüfung lehrt für die Erziehung unserer Kinder einen wohlbegründeten und darum zuversichtlichen, beharrlichen und tatkräftigen Optimismus.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Neuzeitliche kommunale Jugendfürsorgeämter. Von Bürgermeister Dr. Schmidt-Mainz. Soziale Praxis; 1912, Nr. 2–3.

Die Organisation muß in erster Linie eine Aufsichts- und vormundschaft-

liche Organisation sein, die zwar die materielle Versorgung der Minderjährigen innerhalb der gesetzlichen Grenzen der öffentlichen Armenpflege überläßt, die aber zur Durchführung ihrer über die engen Grenzen der Armenpflege hinausgehende Zwecke besondere Mittel zur Verfügung haben müßte. Als feststehend darf betrachtet werden, daß man nur die größeren Gemeindeverwaltungen für organisatorisch und finanziell leistungsfähig wird betrachten können, um Jugendfürsorgeämter einzurichten. Für die kleineren werden Kommunalverbände (Kreise, Regierungsbezirke) mit Errichtung eines gemeinsamen Jugendfürsorgeamts einspringen müssen. Es kämen nach den heutigen Verhältnissen wohl nur folgende Gruppen in Betracht: 1. Die armenrechtlich hilfsbedürftigen Kinder, 2. die Ziehkinder einschließlich aller unehelichen, 3. die Zwangszöglinge. Es soll mit eine besondere Aufgabe der Jugendfürsorgeämter sein, dahin zu wirken, daß Eltern oder andere Verpflichtete den ihnen obliegenden Fürsorgepflichten selbst nachkommen.

Die Jugendfürsorgeämter bilden nur eine Ergänzung der gemeindlichen öffentlichen allgemeinen Jugendfürsorge, wobei insbesondere an die öffentliche Volksschule zu denken ist. Diese und die Jugendfürsorgeämter werden daher stets Hand in Hand arbeiten müssen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Studie über die Verbrechen Jugendlicher. Von Arthur Mac Donald, Washington, übersetzt von Dr. Otto Beran-Graz. Archiv für Anthropologie und Kriminalistik; Bd. 46, H. 3 und 4.

Die traurige Tatsache, daß fortwährend jüngere Kinder vor Gericht erscheinen, ist ein Zeichen des Verfalls. Es gibt Kinder, die von Natur aus verbrecherisch veranlagt sind; es gibt aber auch Eltern, die unwürdig, unfähig oder nachlässig sind, und daher durch ihr Betragen oder durch schlechte Behandlung ihre Kinder sittlich gefährden. Oft wirkt beides zusammen, Anlage und Erziehung. Ferner tragen Schuld an der Verwilderung der Jugend die Presse, die Bühne und die Literatur unserer Zeit, die den Nachahmungstrieb anregen, endlich die kurzen Gefängnisstrafen, die die Furcht vor dem Gefängnis benehmen. Jedes Kind hat ein Recht auf entsprechende Erziehung, ein Recht anf gute Zukunft; je früher die erstere einsetzt, um so gesicherter erscheint letztere. Das Hauptheilmittel ist die Erziehung zur Arbeit, zur Freude an der Arbeit.

Verfasser empfiehlt zum Schluß das Studium der Zöglinge in den Besserungsanstalten und erhofft daraus wichtige Resultate für die Zukunft.

Eine derartige Anstalt, die an sich durch ihre Einrichtungen, durch die Art der Erziehung und durch das vielseitige Material ihrer Zöglinge zu eingehendem Studium sich eignet, ist die unter Leitung von Herrn Plaß stehende Erziehungsanstalt „Am Urban“ in Zehlendorf-Berlin.

Dr. v. Mach-Bromberg.

---

4. Rettungswesen.

Organisation und Durchführung der ersten Hilfe bei elektrischen Unfällen. Von Dr. S. Jellinek. Wiener klinische Wochenschrift; 1912, Nr. 25.

Wiedergabe und Besprechung der neuen Anleitung für die erste Hilfeleistungen bei elektrischen Unfällen. Die Anleitung ist mit 6 Abbildungen ausgestattet. Die näheren Ausführungen, unter denen sich auch einige sehr interessante kasuistische Mitteilungen befinden, müssen im Original nachgelesen werden. Dr. Dohrn-Hannover.

---

5. Krüppelfürsorge.

Krüppelfürsorge und orthopädische Schulturnkurse. Von San.-Rat Dr. Schanz-Dresden. Krüppelfürsorge; 1912, Nr. 2.

Der Verfasser äußert sich über die Frage der Zweckmäßigkeit der orthopädischen Schulturnkurse und ist der Ansicht, daß diese ebensowenig, wie sie die schweren Rückgratsverkrümmungen heilen und bessern können, imstande sind, diese zu verhüten. An den Beratungsstellen müssen wir natürlich alle zugeführten skoliotischen Kinder untersuchen; wir dürfen aber nur die schweren Deformitäten, die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit wirklich schädigen

in Krüppelfürsorge nehmen. Für die anderen genügt es, wenn wir ihnen sagen, daß die Deformität Krüppeltum, d. h Schädigung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit nicht bedingt, und wenn wir ihnen angeben, wo sie außerhalb unserer Organisationen ärztliche Behandlung finden können. Ob sich Schulen oder Anstalten mit diesen Fällen abgeben wollen, das wollen wir ihnen überlassen. Betonen wollen wir nur, daß die dabei zur Aufwendung gelangenden Kräfte und Mittel. nicht dem Interesse der Krüppelfürsorge zugute kommen, und daß dabei etwa eintretende Mißerfolge nicht als Mißerfolge der Krüppelhilfsbestrebungen gedeutet werden dürfen. An die Gemeindeverwaltungen aber, die solche orthopädische Schulturnkurse unterhalten oder einrichten wollen, sei die herzliche Bitte gerichtet, die Aufwendungen dafür den wirklich krüppelfürsorgebedürftigen Kindern zuzuführen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Krüppelfürsorge. Von Dr. Rosenfeld-München. Die Kreis- und Gemeindeverwaltung; 1912, Nr. 3.

Es liegt im eigenen Interesse des Armenwesens, darauf hinzuarbeiten, daß die ihm obliegende Fürsorge für Krüppel in einer Weise ausgestattet wird, die ohne zu große finanzielle Belastung die Ziele einer für die Allgemeinheit Nutzen bringenden Krüppelfürsorge ermöglicht. Als Forderungen einer solchen muß man erheben: 1. Gesetzliche Regelung der Versorgung Krüppelhafter im Rahmen der Armengesetzgebung (Abänderung der bestehenden Bestimmungen). 2. Anpassung der Armenfürsorge für Krüppelhafte an die allgemein gültigen und bewährten Forderungen und Ziele einer rationellen Krüppelfürsorge. 3. Weitgehende Maßnahmen auch innerhalb des Armenwesens zur Verhütung des Krüppeltums. Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

6. Soziale Hygiene.

Zur Teuerungsfrage. Von Prof. Dr. Dunbar-Hamburg. Blätter für Volksgesundheitspflege; 1912, Nr. 3.

Als Hauptergebnis der tabellarischen Zusammenstellung darf gelten, daß die Preise der wichtigsten Nahrungsmittel im Laufe der letzten 55 Jahre bei weitem nicht in demselben Maße gestiegen sind wie die Lohnsätze.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Gewähren die heutigen Lohnsätze eine ausreichende Ernährung unserer Arbeiterbevölkerung. Von Prof. Dr. Dunbar-Hamburg. Blätter für Volksgesundheitspflege; 1912, Nr. 4.

Aus der Tabelle gehe hervor, daß sich die Veitsche Forderung, die keineswegs eine Mindestforderung ist, für rund 60 Pf. pro Kopf und Tag erfüllen läßt unter den ungünstigsten Bedingungen, wie der Verfasser sie absichtlich gewählt hat, und bei den heutigen Tagespreisen, die allgemein als Teuerungspreise bezeichnet werden. Nach Hindhededes Kostsätzen, die sich nach langjährigen Erfahrungen wenigstens bei einer Reihe von Personen als ausreichend bewährt haben sollen, würde man sogar mit 35 Pf. pro Kopf und Tag auskommen. Eine ganz andere Frage ist es, ob die hiermit nachgewiesene Möglichkeit einer ausreichenden Ernährung unserer großstädtischen Arbeiter auch verwirklicht wird. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Organisation der Landeszentralen unter besonderer Berücksichtigung der Mitarbeit der Aerzte. Von Reg.-Rat Pistor-Darmstadt. Zeitschrift für Säuglingsschutz; 1912, Nr. 6.

Die Landeszentrale ist am zweckmäßigsten organisiert, die gestützt wird durch die lebhafte Mitarbeit der praktischen Aerzte, gefördert durch die Beteiligung der ärztlichen Standesvertretung an der Organisation, die mit breiter Basis hineinreicht in alle Kreise des Volkes und es versteht, den für sie wichtigsten Teil der Bevölkerung, die Arbeiterschaft, zur Leitung heranzuziehen und auf der anderen Seite sich aufnehmen läßt in den Rahmen der staatlichen Autorität, um in Wechselbeziehung zu empfangen und wieder anregend und fördernd auf die öffentlichen Stellen zu wirken.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Berufsamt. Von W. Borchert-Stettin. Konkordia; 1912, Nr. 11.

Als ein Beispiel zweckmäßiger Organisation ist das Berufsamt im städtischen Jugendheim Stettin anzuführen. Schule, Schulärzte, Handwerkskammern, Verein der Industriellen, Vorsteher der Kaufmannschaft, gemeinnützige Vereine, Jugendorganisationen reichen sich hier die Hände zur einmütigen Arbeit zum Wohle des Handwerks, des Handels und der Industrie. Aus den Mitgliedern dieser Organisationen gibt man dem Leiter zur Mitarbeit ein Kuratorium. Dieses muß die Organisationen interessieren, auf dem Laufenden erhalten, alle eiligen Sachen auf dem schnellsten Wege erledigen usw. Daß der Jugendpfleger der geeignetste Mann zur Leitung des Berufsamtes ist, bedarf wohl nur der Erwähnung. Er kennt die Jugend, die Eltern, die Arbeitgeber. Sechs Wochen vor der Entlassung sendet das Amt durch die städtische Schuldeputation an die Direktoren jedem abgehenden Schüler ein umfangreiches Merkblatt zu, daß beachtenswerte Fingerzeige enthält. In dem Schlußsatze werden die Eltern gebeten, zu den eingerichteten Beratungsstunden täglich von 4—7 Uhr zu kommen. Nach Rückgabe aller Formulare erfolgt ihre Durcharbeit; sie richtet sich in erster Linie auf den Andrang zu den einzelnen Berufen, auf den Gesundheitszustand, das Betragen der abgehenden Knaben usw. Zu gleicher Zeit mit den Schreiben an die Direktoren gehen die Mitteilungen an die Obermeister, Handwerkskammer, den Verein der Industriellen, die Vorsteher der Kaufmannschafs ab mit der Bitte, alle vakanten Stellen dauernd zu melden. Neben den offenen Stellen müssen natürlich auch die nötigen Schlafstellen vorhanden sein. Das Berufsamt bedarf zur Lösung dieser hohen Aufgaben der weitgehendsten Unterstützung. Vor der Einrichtung eines Berufsamtes ist den Jugendpflegern der Besuch von München, Hamburg, insbesondere von Wien, zu empfehlen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Stadt und Land. Von H. Franklin Parsons, M. D., late assistant medical officer, Local Government Board. Praesidental-Vortrag vor der Home counties branch des engl. Medizinalbeamtenvereins. Public health; XXV, 1912, Nr. 5.

Als der Autor vor 30 Jahren zum Amtsarzt ernannt wurde, hielt man seine hygienische Tätigkeit für einen neuen, mit Fußangeln versehenen Weg, um Geld zu verschwenden und für ein unregulirbares Eingreifen in die Freiheit des Individuums; man befürchtete, daß sie die Vorrechte der Vorsehung gottlos zu nichte mache. Der Farmer, der den Mißstandinspektor für den größten Mißstand selbst ansprach, gab die Meinung des Publikums wieder. Heute aber bestehen Wasserleitungen Kanalisation und Isolierhospitäler, und ihr Nutzen wird allgemein anerkannt. Gelegentlich trifft man heute noch, auch in Städten aus lokalen Verhältnissen auf Widerstand gegen sanitäre Bestrebungen. So bleiben mehrere bedeutende Städte in Kent ohne Kanalisation, weil die Aborte in porösem Kalk stehen, die Abwässer im Kalk leicht verschwinden und so die Einwohner glauben, sie könnten die Kosten von Kanälen umgehen. Sonst aber sind die Städte hygienischen Fortschritten weniger feindlich, als das Land. In den 5 Jahren 1896 bis 1900 war die durchschnittliche Sterblichkeit in den 33 größten Städten 19,3, in den 67 kleineren 17,7 und im übrigen Lande 16,7. 1910 war die korrigierte Sterblichkeitsziffer in 77 großen Städten 14,2; in 136 kleineren 12,9 und im übrigen England und Wales 12,8. Die Typhussterblichkeit, die zurzeit der Annahme des Public health act 1872: 38 auf 1000 Lebende gewesen war, war 1896—1900: 0,3 in den Städten und 0,16 im übrigen Staate; 1910 fiel sie sogar auf 0,05 im Durchschnitt. Die Fortschritte beruhen auf einer größeren Bereitwilligkeit der Ortsbehörden, hygienische Verbesserungen einzuführen. Die Bevölkerung ist in gesundheitlichen Dingen einsichtsvoller geworden, die Steuereinschätzung entspricht mehr den Tatsachen, schließlich hat der Erlaß des Local Government Board von 1894 günstig gewirkt, wodurch die Pluralabstimmung abgeschafft wurde. Große auswärts wohnende Steuerzahler, die von Neueinrichtungen keinen Nutzen hatten, konnten damals die Ortsbevölkerung, die auf solche angewiesen war, einfach überstimmen.

Auf dem Lande liegen die Verhältnisse noch im Argen. Die Unsicherheit und Teilnahmlosigkeit ländlicher Distriktsbehörden, ferner der Tiefstand der Landwirtschaft und Armut sind dafür verantwortlich zu machen. Dazu kommt der ungünstige Begriff der Gemeinde („parish“). Wenn Arbeiten nur

für einen kleinen Teil der Gemeinde nötig sind, muß die ganze Gemeinde trotzdem die Kosten bezahlen. Zerstreut liegende Farmen, die weit vom Dorf entfernt sind, die auch ohne Wasserleitung auskommen könnten, bedingen durch die großen Entfernungen dann, wenn sie trotzdem die Leitung beanspruchen, bedeutende Kosten. Der Begriff der Gemeinde ist kirchlichen oder feudalen Ursprungs, entspricht den heutigen Verhältnissen nicht mehr; die Grenzen sind unregelmäßig und unhandlich.

In England scheint die Landflucht bereits etwas nachgelassen und der Traum der Sozialreformer: „Zurück aufs Land" allmählich seiner Verwirklichung entgegen zu gehen. In den Jahren 1901 bis 1911, verglichen mit dem vorangegangenem Jahrzehnt, verringerte sich der Prozentsatz der Zunahme der Bevölkerung in den Stadtkreisen von England und Wales von 15,2 auf 11,1 %, während er in ländlichen Distrikten von 2,9 auf 10,2 % stieg. Auch London selbst zeigte zum ersten Male 1911 eine Bevölkerungsabnahme als Ganzes. Für zentrale Bezirke der Hauptstadt war Aehnliches bei früheren Volkszählungen beobachtet worden; heute betrifft aber die Abnahme jeden Stadtbezirk bis auf 9, die nahe an der Peripherie liegen.

Für die Wiederbevölkerung des flachen Landes ist nicht bloß die übermäßige Bebauung der großen Städte verantwortlich zu machen, die weiteren Häusern keinen Raum mehr gewähren können, sondern auch die Erleichterung des Verkehrs zwischen Stadt und Land. Dr, Mayer-Simmern.

Der gegenwärtige Stand der Familienforschung. Von Dr. Crzellitzer. Sexualprobleme; 1912, Nr. 4.

Das Gesetz, daß alle Eigenschaften mit besonderer Treue im Mannstamm vererbt werden, gilt nicht im allgemeinen, wenn auch einzelne Eigenschaften sich hauptsächlich im Mannsstamm finden. Ein anderes Resultat von festerer Natur ist die Erkenntnis, daß die Anlage zu Zwillingsgeburten rezessiv verwertet wird; Verfasser fand die musikalische Begabung als dominierend vererbbar. Andere Fragen, die im Vordergrunde des Interesses stehen, sind der Einfluß des Zeugungsalters der Eltern; man glaubt zu wissen, daß zu große Jugend der Mutter und zu hohes Alter beider Eltern schädlich wirken. Eine allgemeine Minderwertigkeit der ersten Kinder besteht sicher nicht. Einfluß der Geburtszwischenräume zwischen zwei Geburten in Rücksicht auf die Mutter: die Wirkung kleinerer Intervalle oder allzu großer auf die Kinder selbst ist noch nicht festgestellt. Einfluß der Blutsverwandtschaft, die meist überschätzt wird; sie steigert natürlich jede etwa vorhandene erbliche Anlage. Einfluß der Rassenmischung; die Regel, daß Rassenmischung nur die „schlechten" Eigenschaften der Eltern erben, ist mehr fable convenue als wissenschaftliehe Tatsache. Einfluß der Keimgifte, d. h. derjenigen Gifte, die blastophorisch, d. h. besonders schädlich auf die Keimdrüsen wirken; die wichtigsten sind Alkohol, Syphilis und Tuberkulose. Fälschlich wird hier oft von Vererbung oder erblicher Belastung gesprochen. Gewiß vererbt sich z. B. die Anlage zur Lungenschwindsucht in Form ungünstiger Thoraxapertur, aber diese Vererbung tritt enorm zurück hinter der Gefahr, daß ein Tuberkulöser geschwächte Keimdrüsen hat und deshalb Schwächlinge in die Welt setzt. Aehnliches gilt für Syphilis und den Alkohol. Ob der Alkohol wirklich speziell auf die Stillfähigkeit der weiblichen Nachkommenschaft spezifisch schädigend einwirkt, bleibt dahingestellt. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Prostituierten-Ehen. Von W. Freyer. Sexual-Probleme; 1912, Nr. 5.

Wenn man diese Betrachtungen dahin zusammenfassen kann, daß die Prostitution des Altertums bevorzugt war und durch die Ehe nichts zu gewinnen hatte, während die heutige Prostitution ein wenig beneidenswertes Dasein fristet und aus der Ehe Vorteile für ihr Gewerbe zu ziehen vermag, so muß man zu der Auffassung gelangen, daß die auf die Eindämmung der Prostitution gerichteten Bestrebungen eine recht beachtliche Förderung dadurch erfahren dürften, daß man den Prostituierten-Ehen als einen Geschäftstrick der gewerbsmäßigen Unzucht und ihrer Helfershelfer die allerhöchste Aufmerksamkeit widmet. Denn man kann annehmen, daß diese Aufmerksamkeit sich schließlich zu Maßregeln verdichten würde, die geeignet wären, dem geschilderten Mißbrauche der Ehe Abbruch zu tun. Der Prostitution würde also wieder eine

Quelle verstopft werden, aus der sie Erleichterung und neue Kraft schöpfen kann. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Untersuchungen an wehrpflichtigen jungen Badnern nach dem Pignetschen Verfahren. Von Stabsarzt Dr. G. Simon. Archiv für soziale Medizin; 1912, H. 2.

1. Das Pignetsche Verfahren ist ein praktisches Hilfsmittel zur Beurteilung von Grenzfällen bei der Musterung und Aushebung.

2. Es ermöglicht eine anschauliche zahlenmäßige Darstellung der Körperbeschaffenheit einer Bevölkerungsgruppe.

3. Es muß als eine wertvolle Bereicherung der Untersuchungsmethoden der medizinischen Statistik angesehen werden.

4. Es erscheint geeignet, die soziale Bedeutung des Heeresergänzungsgeschäftes zu erhöhen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Nachweisung derjenigen Leute, die im Jahre 1911 bei militärärztlichen Untersuchungen als der Einleitung eines Heilverfahrens bedürftig ermittelt worden sind. Von Stabsarzt Dr. Hetsch. Deutsche militärärztl. Zeitschrift; 1912, Nr. 9.

Die Erfolge der gemeinsamen Arbeiten der Zivil- und Militärbehörden haben gegen das Vorjahr (vrgl. Jahrg. 1911, S. 744 dieser Zeitschrift) zugenommen. 7945 Mann wurden als heilbedürftig bezeichnet. Davon entfielen auf Augenkrankheiten 17,1 %, auf Tuberkulose 17,2 %, auf Krätze 18,2 %, auf Ohrenkrankheiten 9,5 %, auf Unterleibsbrüche 6,3 %, auf Geschlechtskrankheiten 5,8 %, auf nicht tuberkulöse Krankheiten der Luftwege 9,5 %. Die Behandlung wurde in 51,3 % von den Heilbedürftigen angenommen (gegen 48,7 % im Vorjahre), in 13,1 % (gegen 16,3 %) von den Hilfsbedürftigen und in 3,2 % (gegen 3,4 %) von den Versicherungsanstalten abgelehnt. Von den Behandelten wurden 61 % (gegen 50,9 %) geheilt oder gebessert, 19,2 % (gegen 23,5 %) standen am Schlusse des Jahres noch in Behandlung; bei 5,4 % (6,2 %) war die Behandlung ohne Erfolg, bei 14,3 % (19,5 %) war der Ausgang unbekannt.

Dr. Bernstein-Allenstein.

Die Notwendigkeit obligatorischer Versicherung gegen Krankheiten. Von Tib. Evali-Turin. La Medicina delle Assicurazioni sociali; 1912, Nr. 1.

Der auf dem 9. Kongreß der Medici Condotti in Turin gehaltene Vortrag zielt darauf ab, die Notwendigkeit einer staatlichen Versicherung der Arbeiter gegen Krankheit in Italien hervorzuheben, eine Notwendigkeit, die sich daraus ergibt, daß die italienischen Arbeiter ökonomisch viel ungünstiger gestellt sind, als die Arbeiter in anderen Ländern (Deutschland), in denen schon längst eine derartige Versicherung besteht. Dr. Solbrig-Königsberg i. Pr.

7. Oeffentliches Gesundheits- und Medizinalwesen.

Vom ägyptischen Gesundheitswesen. Von Stabsarzt Dr. Adam. Deutsche militärärztliche Zeitschrift; 1912, Heft 12.

Die gesundheitlichen Verhältnisse Aegyptens haben bei dem ständig zunehmenden Schiffahrtsverkehr auch für Europa Bedeutung. Die Medizinalverwaltung lehnt sich an die Landesverwaltung an; es gibt Kreis- und Bezirksärzte, die mehr zu beaufsichtigen als selbständig zu entscheiden haben. Die Zentralbehörde hat weitergehende Befugnisse. Erstens liegt ihr die Bekämpfung epidemischer Krankheiten ob, unter denen Cholera, Pest, Pocken, Lepra und Masern die wichtigsten sind. Fliegende ärztliche Kolonnen stehen zur Verfügung. Zweitens werden die unhygienischen Verhältnisse, namentlich in Schulen, Moscheen, Ortschaften usw., bekämpft. Drittens werden staatliche Krankenhäuser mit Absonderungsabteilungen eingerichtet; besondere Anstalten dienen der Bekämpfung der Augenkrankheiten und der Herabsetzung der großen Kindersterblichkeit. Eine Medizinschule zur Ausbildung einheimischer Aerzte ist vorhanden; die Zentralbehörde besteht in ihren höheren Stellen fast nur aus europäischen Aerzten. — Neben diesen staatlichen Betrieben besteht der Conseil Sanitaire Maritime zur Ueberwachung der sanitätspolizeilichen Einrichtungen Aegyptens und zur Verhütung der Einschleppung und Ausschleppung von

Seuchen; der Conseil verfügt über Aerzte und Aerztinnen zur Kontrolle der Schiffe, über Quarantänestationen und ein einem deutschen Arzte (Gotschlich unterstehendes Laboratorium; im übrigen überwiegt in dem Conseil der englische Einfluß. Dr. Bernstein-Allenstein.

Das öffentliche Gesundheitswesen von Irland 1801—1911. Eine historische Skizze. Von D. A. Chart, M. A., Public record office of Ireland. The journal of state medicine. Mai 1912, XX, Nr. 5.

Der Autor gibt in fesselnder Darstellung einen lesenswerten geschichtlichen Ueberblick über die Fortschritte, die das öffentliche Gesundheitswesen Irlands[1]) seit 1801 gemacht hat. Er schildert das Auftreten des Flecktyphus, der Pocken, der Cholera, die Verheerungen durch die Tuberkulose und die Maßnahmen, die trotz der schwierigen Verhältnisse getroffen wurden. Flecktyphus war im Anfang des Jahrhunderts endemisch; in Zeiten der Hungersnot, die alle 7—10 Jahre einsetzte, traten Epidemien auf, die viele Menschen hinrafften. Von Aerzten oder hygienischer Organisation konnte in den Städten kaum, auf dem Lande überhaupt nicht gesprochen werden. Nur in Dublin fand man ein „House of industry" mit Gefängnis für die Vagabunden und Siechenhaus für Arme und Kranke. Durch private Tätigkeit waren 6 andere Krankenhäuser gebaut worden, sogar Polikliniken gab es, in denen umsonst behandelt wurde; bei Pocken und Flecktyphus waren diese Einrichtungen indessen machtlos. Solche Dispensarien fanden sich, unterstützt vom ansässigen Adel, sogar in einigen Dörfern, — weite Distrikte aber waren ohne Arzt. So fand sich 1836 in der Grafschaft Mayo mit 200000 meist armen Einwohnern nur ein einziges Grafschaftskrankenhaus und eine einzige Poliklinik. Die Flecktyphusepidemie von 1817 befiel in Irland etwa 737000 Menschen mit 44600 Todesfällen und hatte wenigstens den Erfolg, daß in den Städten Schritte zur Säuberung der Wohnungen, insbesondere der „Slums" getan wurden. In einer armen Straße enthielten 71 Häuser 393 getrennte Räume mit 1997 Einwohnern. — Auf ein Zimmer kamen 5 Personen; auf 151 Seelen traf man nur 2 Bettstellen und 2 Bettdecken.

Die Hauptwirkung des Typhus war ein Gesetz (59 George III, 41), das die Anstellung von Amtsärzten durch Stadt- und Landgemeinden anordnete: das erste Public health act. 1838 wurde das Armenwesen geregelt; Unterstützung im Armenhaus wurde für jeden Distrikt angeordnet. Da sich an jedes Armenhaus ein Spital angliedert, begann eine dauernde ärztliche Organisation, die sich über das ganze Land verteilte, einzusetzen, so daß bei der Choleraepidemie von 1849 Aerzte und Pflegepersonal schon ganz anders zur Verfügung standen, als beim Flecktyphus von 1817. Leider hielt man die Cholera nicht für ansteckend, so daß keine Vorbeugungsmaßregeln getroffen wurden; Gefängnisse, Schiffe, Werkhäuser, Baracken und Schulen wurden besonders ergriffen. Die Gesamtzahl der Erkrankungen betrug 45698, die der Todesfälle 19325. Das Ergebnis der Cholera war das „Medical charities act", das ärztliche Hilfe besonders den Armen brachte. Die Distrikte wurden in kleinere Abschnitte geteilt; jeder erhielt eine öffentliche Poliklinik und einen ortsansässigen Arzt, der die Leute auch in den Wohnungen umsonst zu besuchen hatte. Schon 1853 waren 968 solche Dispensarien errichtet, die von 777 Aerzten geleitet wurden; 557000 Kranke wurden dort, 133000 in ihren Wohnungen behandelt. Jeder Arzt hatte einige offizielle Autorität. Eine so große Zahl konnte vorzügliches wirken. Neuerdings hat die Gräfin Dudley, die Gattin des Lord Statthalters, einen Fonds zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen gestiftet, die die Kranken in bestimmten Teilen vom Westen und Süd-Westen von Irland zu pflegen haben, die soweit entlegen wohnen, daß jede ärztliche Hilfe fehlt. Es handelt sich um felsige, unwirtliche Gegenden, zu denen ein Zugang durch Sumpf und Morast kaum möglich ist, wo heute noch der Flecktyphus herrscht, wo Ueberfüllung und Armut an die Zeiten von 1817 erinnern. Diese Pflegerinnen wohnen mitten in den sogen. „Congested Districts", bringen hier Hilfe und Aufklärung, und haben manches Menschenleben, besonders bei Entbindungen, gerettet. Dr. Mayer-Simmern.

[1]) In bezug auf England vergl. diese Zeitschrift: 1907, S. 27 und 106.

Tagesnachrichten.

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung vom 18. v. Mts. einen **Entwurf eines Gesetzes über Kindersaugflaschen** angenommen, in dem es verboten wird, Kindersaugflaschen mit Rohr oder Schlauch sowie Teile zu solchen Flaschen gewerbsmäßig herzustellen, vorrätig zu halten, zu verkaufen oder sonst in Verkehr zu bringen. Etwaige Zuwiderhandlungen werden mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft bestraft. Daneben kann auf Einziehung der Gegenstände erkannt werden ohne Unterschied, ob sie dem Verurteilten gehören oder nicht. — Ist die Verfolgung oder Verurteilung einer bestimmten Person nicht ausführbar, so kann auf die Einziehung selbständig erkannt werden.

In der Begründung zu diesem Gesetzentwurf, der sicherlich von den beteiligten Kreisen mit großer Freude begrüßt werden und auch im Reichstage auf keinen Widerspruch stoßen dürfte, wird mit Recht hervorgehoben, daß bei der Kindersterblichkeit die Krankheiten der Verdauungsorgane als Todesursachen an erster Stelle stehen und nahezu der dritte Teil aller Todesfälle der Säuglinge auf diese zurückgeführt werden müsse. Daraus ergebe sich ohne weiteres die Wichtigkeit der Aufgabe, dem zartesten Kindesalter alle schädigenden Einflüsse fernzuhalten, die mit der Ernährung im Zusammenhang stehen. Als ein Gegenstand, der solche Schädigungen zu veranlassen besonders geeignet ist, wird von den Aerzten allgemein die Kindersaugflasche mit Rohr oder Schlauch angesehen, die in weiten Kreisen beliebt seien, weil man die Kinder mit ihnen sich selbst überlassen kann. Die bei ihrem Gebrauch beobachteten Schädigungen seien teils auf ihre Einrichtung, teils auf die Art ihrer Verwendung zurückzuführen. Anerkanntermaßen lassen sich solche Flaschen sehr schwer reinigen und keimfrei halten. Daß beim Verkaufe, wie es vielfach geschehe, den Flaschen zur Reinigung der Röhren ein Bürstchen beigegeben wird, nütze wenig; denn abgesehen davon, daß es selbst leicht zu einer Brutstätte für Mikroorganismen werden könne, bleibe die Reinigung mittels eines solchen Bürstchens immer unzulänglich. Die Gefahr, die sich hieraus für die mit solchen Flaschen aufgezogenen Kinder ergebe, bestehe darin, daß Milchreste in den Rohren und Schläuchen haften bleiben, hier gerinnen und zur Sammelstätte von Mikroben verschiedener Art werden, die die Milch zersetzen, mit dieser beim Saugen fortgeschwemmt werden und in den kindlichen Organismus gelangen. Auch sterilisierte Milch ist solcher Zersetzung ausgesetzt. Zu diesen Nachteilen der Einrichtung treten die Bedenken, die sich aus der Art der Verwendung der Saugflaschen mit Rohr ergeben. Werden sie, wie dies meist der Fall ist, den Kindern überlassen, so leidet darunter einerseits die bei der Kinderernährung überaus wichtige Regelmäßigkeit der Nahrungsaufnahme, anderseits besteht die Gefahr der Ueberfütterung. Die Kinder trinken sozusagen den ganzen Tag. Sie schlafen mit der Flasche ein und wachen mit der Flasche auf. Daß dabei die Milch, auch wenn sie frisch und warm eingefüllt wurde, allmählich säuert, verdirbt oder mindestens kalt wird, ist ohne weiteres klar. Dazu kommt, daß schwächliche Kinder die Milch, namentlich bei nur noch geringer Füllung der Flasche, schwer hochziehen können und dann leicht Luft statt Milch schlucken und infolgedessen von Blähungen befallen werden. Nach den in allen Teilen des Reichs eingezogenen Erkundigungen besteht kein Zweifel, daß häufig Erkrankungen und Todesfälle durch den Gebrauch solcher Flaschen veranlaßt worden sind und zwar neben den häufigen Krankheiten der Verdauungsorgane auch solche der Mund- und Rachenhöhle, ferner Schluckpneumonien, Skrophulose, Ueberfütterung, Auszehrung, Dahinsiechen. Die Verbreitung der Kindersaugflaschen mit Rohr sei zwar dank der Aufklärungsarbeit von Aerzten und Hebammen in einzelnen Gegenden etwas zurückgegangen; im allgemeinen aber noch immer weit verbreitet und manchen Ortes sogar noch im Zunehmen.

Die Eröffnung des neuen Instituts für Hygiene und Infektionskrankheiten in Saarbrücken. Am 26. Okt. d. J. ist in Saarbrücken das neue hygienische Institut eröffnet worden. Zu der Feier waren im Auftrage des Ministers des Innern die Herren Ministerialdirektor Prof Dr. Kirchner, Geh. Med.-Rat Dr. Finger und Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Gaffky, Direktor des Instituts für Infektionskrankheiten in Berlin, erschienen, außerdem nahmen daran teil: Reg.-

u. Geh. Med.-Rat Dr. Wodtke, Reichskommissar für Typhusbekämpfung, als Vertreter des Reichsamts des Innern, General- u. Korpsarzt Dr. Johannes als Vertreter des Kriegsministeriums, Vertreter der Königlichen Regierung in Trier, der städtischen Behörden usw. Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner übernahm das Institut von den städtischen Behörden, die den Bau ausgeführt hatten, mit Worten herzlichen Dankes und verkündete dann, daß Se. Maj. der Kaiser befohlen habe, daß das Institut den Namen „Kgl. Institut für Hygiene und Infektionskrankheiten“ führen solle. Im Namen des Herrn Ministers des Innern überreichte er ferner dem Institut ein Marmorreliefbild von Robert Koch und machte eine Reihe von Ordensauszeichnungen bekannt. Sodann übergab er das Institut dem Direktor Prof. Dr. Lentz mit dem Wunsche, daß dieses ein Segen für das ganze Industriegebiet werden und besonders auch einen Wunsch Sr. Majestät entsprechend zur Förderung der Bergwerkshygiene beitragen möge. Prof. Dr. Lentz übernahm das Institut mit einem Dank an alle, die zur Gründung und zum Bau des Instituts beigetragen hatten, und brachte ein Hoch auf Se. Maj. den Kaiser aus. Ein Rundgang durch das Institut beschloß die Feier, an die sich ein von der Stadt gegebenes Frühstück im Saalbau anschloß.

In dem neuen Institut sind aufgegangen die Kgl. bakteriologische Untersuchungsamt für Typhusbekämpfung in Saarbrücken, die Medizinaluntersuchungsstelle und die Desinfektorenschule der Kgl. Regierung in Trier. Es enthält eine hygienisch-chemische und eine bakteriologisnhe Abteilung. Dem Direktor stehen ein Abteilungsvorsteher und 4 Assistenten sowie das entsprechende Büro- und Unterpersonal zur Seite.

Am 28. Oktober d. J. ist der langjährige frühere Präsident des Kaiserlichen Gesundheitsamts, Wirkl. Geh. Rat. Dr. **Köhler** in Göttingen, wohin er sich im Jahre 1905 nach seinem Rücktritt in den Ruhestand zurückgezogen hatte, im 66. Lebensjahre verstorben. Zwanzig Jahre hat er an der Spitze des Gesundheitsamtes gestanden und sich um dessen Entwicklung außerordentliche Verdienste erworben. Mit Recht heißt es in dem ihm gewidmeten Nachrufe des Reichsanzeigers: „Seine weiten Blicke, seinem unermüdlichen Eifer und seiner initiativereichen Tatkraft verdankt das Gesundheitsamt den großen Aufschwung, den es im Laufe der Zeit genommen hat. In der Erkenntnis, daß die Erfüllung der dem Gesundheitsamte zugewiesenen Aufgaben auf dem Gebiete des Gesundheits- und Veterinärwesens nicht bloß durch die Verwertung der von anderer Seite festgestellten wissenschaftlichen Tatsachen sich ermöglichen läßt, sondern auch selbständiges wissenschaftliches Forschen und eigene Nachprüfungen der vielfältigen Untersuchungen und Beobachtungen im Bereiche der Hygiene, der Veterinärkunde sowie der Bekämpfung menschlicher und tierischer Krankheiten erheischt, hat Köhler die ursprünglich so überaus bescheidenen Einrichtungen des Gesundheitsamtes mit seinem vorzüglichen Organisationstalent immer zu erweitern und zu vervollkommnen verstanden . . . . In dem weit verzweigten Bereich seiner Amtsobliegenheiten kamen ihm wesentlich zustatten ein außergewöhnliches Maß umfassender Fachkenntnisse, scharfer Verstand, schnelle Auffassungsgabe, praktischer, zielbewußter Blick, vorzügliches Geschick in der Gewinnung bewährter Mitarbeiter und eine bewundernswerte zähe Beharrlichkeit, die ihn vor keiner Schwierigkeit zurückschrecken ließ. So hat Köhler sein reiches Wissen und Können selbstlos und mit glänzendem Erfolge jederzeit dem Staatsdienst und seinem Vaterlande gewidmet. Sein Andenken wird immerfort in Ehren gehalten werden!

Bei der kürzlich stattgehabten **Landtagswahl** im I. Wahlkreis der Stadt Berlin ist San.-Rat Dr. **Mugdan** als Landtagsabgeordneter gewählt. Seine Wahl wird in ärztlichen Kreisen gewiß mit großer Freude begrüßt werden: denn ebenso wie früher im Reichstage wird er sicherlich auch künftighin im Landtage gemeinschaftlich mit seinem Kollegen Dr. Arning, dem bisherigen einzigen Arzte im Landtage, die Interessen des ärztlichen Standes in sachgemäßer, geschickter und tatkräftiger Weise vertreten.

Die erste erweiterte Sitzung der I. und III. Abteilung des **Königlich Sächsischen Landes-Gesundheitsamts** findet am Montag, den 25. November 1912, vormittags 10 Uhr in Dresden (Kurländer Palais, Zeughausplatz Nr. 3) statt. Auf die Tagesordnung sind folgende Gegenstände gestellt:

1. „Ist der von der Plenarversammlung am 25. November 1907 angenommene Entwurf für eine ärztliche Gebührenordnung dahin einzuschränken, daß er für die ärztliche Behandlung auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen nicht gelten soll?“

2. Antrag des außerordentlichen Mitgliedes der I. Abteilung San.-Rat Dr. Findeisen, Dresden: „Die I. Abteilung wolle das Königliche Ministerium des Innern ersuchen, die geplante neue Gebührenordnung für die Aerzte und Zahnärzte des Landes möglichst umgehend zu erlassen. Berichterstatter: Der Antragsteller.

3. „Der Ausschluß offentuberkulöser Kinder vom Schulbesuch und die Bekämpfung der Tuberkulose in diesem Alter überhaupt.“ Anregung des Vereins zur Bekämpfung der Schwindsucht in Chemnitz und Umgegend. Berichterstatter: Ober-Med.-Rat Dr. Oppelt.

4. Antrag des außerordentlichen Mitgliedes der ersten Abteilung San.-Rat Dr. Findeisen-Dresden: „Die erweiterte Sitzung der I. Abteilung wolle in eine Besprechung des § 11 Absatz 2 der ärztlichen Standesordnung eintreten, damit über die Abstellung gewisser Uebelstände beraten werden könne, die im Medizinalbezirk Freiberg beim Abhalten von Sprechstunden in Orten, in denen kein Arzt wohnt, entstanden sind.“ Berichterstatter: Der Antragsteller.

5. Anträge der Aerztekammer zu Leipzig: Die I. Abteilung des Landes-Gesundheitsamts wolle bei der Königlich Sächsischen Staatsregierung dahin vorstellig werden, daß diese

„1. im Bundesrate Maßnahmen in Vorschlag bringen möge, um die Mißstände nach Möglichkeit einzuschränken, die mit dem immer mehr zunehmenden Vertriebe von fabrikmäßig hergestellten Heilmitteln in den Apotheken zusammenhängen, wie das Einwickeln in bedruckte Reklamepapiere u. a. m., und durch die u. a. die Neigung des Publikums zum Selbsthandeln in gefahrdrohender Weise begünstigt wird;

2. bis zur Regelung dieser Angelegenheit durch das Reich aber vorläufig durch geeignete Verordnungen im gleichen Sinne auf die Apotheken des Landes einwirken möge.“

Berichterstatter: San.-Rat Dr. Dippe. Mitberichterstatter: Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Kunz-Krause.

In Nr. 12, Jahrgang 1912 dieser Zeitschrift teilten wir S. 456 aus den Verhandlungen des Abgeordnetenhauses in der Schlußsitzung vom 8. Juni d. J. mit, daß das Plenum den Antrag der Petitionskommission — die **Neukonzessionierung einer zweiten Apotheke in Gollnow** in Pommern rückgängig zu machen — einstimmig der Regierung zur Berücksichtigung überwiesen habe, obwohl seitens des Regierungskommissars den Ausführungen des Berichterstatters der Petitionskommission in bestimmter Weise entgegengetreten worden war. Infolge dieses Beschlusses des Abgeordnetenhauses erschienen sodann in der pharmazeutischen Presse verschiedene Artikel, die eine mehr oder minder scharfe Kritik an dem Verfahren der Regierung hinsichtlich der Grundsätze bei Neukonzessionierungen von Apotheken überhaupt, wie besonders im Gollnower Fall ausübten und mit einer gewissen Genugtuung feststellten, daß die Regierung hier eine „Niederlage“ erlitten habe. Dem gegenüber wird es von Interesse sein, zu erfahren, daß der Herr Minister auf Grund nochmaliger Prüfung der Angelegenheit nicht in der Lage gewesen ist, jenen Beschluß des Abgeordnetenhauses durch Zurücknahme der bereits verliehenen Konzession zur Anlage einer zweiten Apotheke in Gollnow Rechnung zu tragen, sondern den Besitzer der daselbst schon bestehenden Apotheke auf seine dieserhalb wiederholt gestellten Eingaben nunmehr endgültig abschlägig beschieden hat.

Die schon seit längerer Zeit angekündigte Abänderung des preußischen Min.-Erlasses vom 12. Juli 1910, betreffend **Regelung des Verkehrs mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken**, ist jetzt durch Min.-Erlaß vom 17. Oktober d. J. getroffen.[1] Die bisherigen Grundzüge dieser Regelung erleiden dadurch nur geringe Aenderungen; insbesondere ist an den bisherigen Grundsätzen in bezug auf die Beaufsichtigung des Drogenhandels und die Bekämpfung

---

[1] Der Abdruck des Erlasses wird wegen Raummangels erst in der Beilage zur nächsten Nummer der Zeitschrift (Nr. 22) erfolgen.

des verbotenen Arzneimittelhandels festgehalten und hier nur insofern eine Aenderung eingetreten, als „außer dem Kreisarzt auch approbierte Apotheker hinzuzuziehen sind“, also in jedem Falle, während dies bisher nur auf Verlangen des Kreisarztes bei größeren Handlungen erforderlich war. Dies bedeutet eine nicht unerhebliche Mehrbelastung der Gemeinden, die die Kosten der Ortspolizei zu tragen haben. Gleichzeitig ist den Wünschen der Drogisten insoweit entgegengekommen, „als auch approbierte Apotheker, die eine Drogenhandlung besitzen oder besessen haben, als Sachverständige zugezogen werden können, wenn ihre Geschäftsführung bei wiederholten Besichtigungen zu keinerlei Tadel Anlaß gegeben hat“. Desgleichen ist die in manchen Regierungsbezirken schon jetzt getroffene Anordnung allgemein eingeführt, wonach die Polizeibeamten bei den Besichtigungen, soweit angängig, Zivilkleidung tragen sollen. Im übrigen sind die Anforderungen an die Beschaffenheit der Arzneimittel etwas gemildert, indem die bisherige, nach der Rechtsprechung des Kammergerichts nicht aufrecht zu haltende Bestimmung, wonach die unter Bezeichnungen des Arzneibuches feilgehaltenen Waren auch dessen Vorschriften entsprechen müssen, fallen gelassen ist.

Wie aus dem in der Beilage zur heutigen Nummer abgedruckten Rund-Erlaß des Ministers des Innern hervorgeht, wird eine **neue Auflage des preußischen Hebammenlehrbuches** in diesen Tagen zur Ausgabe gelangen, die zahlreiche wichtige Aenderungen enthalten wird, von denen wohl die wichtigste die Ausschaltung des Sublimats als Desinfektionsmittel und dessen Ersatz durch Alkohol ist. Wir werden auf die Aenderungen demnächst noch zurückkommen.

Der vom 23. bis 28. September d. J. in Washington abgehaltene **internationale Hygienekongreß** hat die Errichtung eines **ständigen Hygienebureaus** in Haag beschlossen.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 29. Sept. bis 12. Okt. 1912 erkrankt (gestorben) an: Rückfallfieber, Pest, Cholera, Gelbfieber, Aussatz, Fleckfieber: — (—); Tollwut: — (—), 1 (1); Pocken: 1 (—), 1 (—); Milzbrand: 4 (—), 2 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 9 (—), 6 (—); Unterleibstyphus: 223 (21), 232 (22); Ruhr: 3 (2), 6 (2); Diphtherie: 1288 (78), 1363 (95); Scharlach: 1167 (57), 1207 (50); Kindbettfieber: 106 (23), 92 (29); übertragbarer Genickstarre: 4 (1), 4 (2); Fleisch- usw. Vergiftung: 13 (—), — (—); spinaler Kinderlähmung: 10 (2), 10 (1); Körnerkankheit (erkr.): 62, 144; Tuberkulose (gest.): 578, 617.

Pest. Die Zahl der Pesterkrankungen (Todesfälle) im Gouvernement Astrachan (Rußland) hat vom 17. Juli bis 21. September 55 (41) betragen, in der letzten Berichtswoche nur 2 (3), so daß die Seuche im Erlöschen begriffen ist. Dasselbe gilt von Aegypten; hier sind in den Wochen vom 14. September bis 11. Oktober nur noch 4 (1), 6 (—), 3 (3) und 6 (1) Pesterkrankungen (Todesfälle) vorgekommen. Auch in Hongkong ist die Seuche fast erloschen; denn in der Zeit vom 18. August bis 14. Oktober sind nur noch 8 (7) Personen an der Pest erkrankt (gestorben), davon 1 (1) in der letzten Berichtswoche. Dagegen hat die Pest in Britisch-Indien wieder an Ausbreitung zugenommen: die Zahl der Erkrankungen (Todesfälle) betrug hier in den sechs Wochen vom 4. August bis 14. September: 613 (445), 747 (514), 989 (743), 895 (630), 1255 (880) und 1270 (966).

Die **Cholera** ist in Cagliari (Italien) noch nicht völlig erloschen; vom 4. September bis 9. Oktober sind hier 19 (7), 5 (3), 4 (3) und 3 (2) Erkrankungen (Todesfälle) zur amtlichen Kenntnis gekommen. In der Türkei (Mesopotamien) ist auch noch keine wesentliche Abnahme der Seuche zu bemerken; vom 31. August bis 15. September, vom 16. bis 22. September und vom 23. September bis 9. Oktober sind dort 236 (223), 129 (110), 242 (241) Personen in 28, 17 bezw. 26 Ortschaften erkrankt (gestorben). In größerer Ausbreitung ist die Seuche im Laufe des Septembers noch in Japan aufgetreten; die Zahl der Erkrankungen (Todesfälle) betrug hier bis zum 28. September 341 (215), davon 18 in Tokio, wo am 24. September der erste Cholerafall beobachtet ist.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 22. Ausgegeben am 20. November 1912.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:
Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch
J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 22.
und Beilage: Berichte aus Versammlungen: VII.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Sanitätsrat: den San.-Räten Dr. Christinneck in Brandenburg a. H., Dr. O. Conzen in Cöln a. Rh., Dr. Karl Erasmus in Crefeld, Dr. Falckenberg in Gelsenkirchen, Dr. Freudenstein in Mühlhausen i. Thür., Dr. Theophil Jaffé in Frankfurt a. M., Dr. Klüter in Gelsenkirchen, Dr. Lindemann in Bochum, Dr. Neuschäfer in Steinbrücken, Dr. Schiedges in München-Gladbach, Dr. Schulze-Höing in Unna, Dr. Steinbrück in Bollinken, Dr. Totenhöfer in Breslau, W. Wirth in Höhr und dem Prof. Dr. Gotthold Pannwitz in Charlottenburg; — als Sanitätsrat: den Aerzten Dr. Ahlemann in Leipzig-Plagwitz, Dr. Arens in Essen a. d. R., Dr. Baggerd in Kolberg, Dr. A. Bahmer in Berlin-Wilmersdorf, Dr. Bartz in Eschweiler, Dr. Baron in Euskirchen, Dr. Bauke in Altheide, Dr. K. Becker in Breslau, Dr. Ben Israel in Aachen, Dr. Berendes in

Marienmünster, Dr. M. Berliner in Breslau, Dr. K. Biesing in Letmathe. Dr. G. Bodet, Oberarzt der Rheinischen Provinzial-Arbeitsanstalt in Brauweiler, Dr. H. Bremmenkamp in Bochum, Dr. S. Creutzberger in Breslau, Dr. O. Dornblüth in Wiesbaden, Dr. O Düttmann in Limburg a. L., Dr. A. Engländer in Cöln a. Rh., Dr. Th. Faerber in Charlottenburg, Dr. Herm. Falck in Itzehoe, Dr. Vikt. Goldfeld in Berlin-Schöneberg, Dr. Greifenhagen in Duisburg, Dr. Salo Grünthal in Breslau, Oberstabsarzt a. D. Dr. Hauptner in Berlin, Dr. Heilbrun in Erfurt, Dr. Salomon Herzberg in Charlottenburg, Dr. Heyder in Cöln. a. Rh., Kgl. Bayer. Oberstabsarzt a. D. Dr. Eugen Jacoby in Charlottenburg, Dr. Christian Johansen in Berlin, Dr. Friedr. Kindler in Düsseldorf, Dr. Klingelhöfer in Rodheim a. d. Bieber, Dr. Bernh. Koch in Cöln a. Rh., Dr. Fr. Kraemer in Essen a. d. R., Dr. Krecker in Ohlau, Dr. O. Krüger in Berlin-Schöneberg, Dr. Rich. Langerhans in Berlin-Wilmersdorf, Dr. Arth. Liebmann in Cöln a. Rh., Dr. Limburg in Obersuhl, Dr. A. Lindner in Breslau, Dr. Machol in Hemer, Dr. Ludw. Manaße in Berlin-Schöneberg, Dr. Herm. Mauck in Düsseldorf, Dr. May in Spenge, Dr. Meßwarb in Polle, Dr. Mongs in München-Gladbach, Dr. Joh. Moraht in Wandsbek, Dr. Salli Moses in Cöln a. Rh., Dr. Ad. Ober in Liegnitz, Dr. A. Oppenheim in Cöln a. Rh., Dr. Paull in Melle, Konrad Pfautsch in Zörbig, Dr. Pioretzki in Rudzinitz, Dr. Poppe in Schawoine, Dr. O. Quehl in Mülheim a. d. R., Dr. Rahne in Lehrte, Dr. Wilh. Rath in Hannover, Dr. Jak. Rechtmann in Cöln a. Rh., Dr. Rieke in Paderborn, Dr. Riesenfeld in Freystadt i. Schl., Dr. W. Rühl in Dillenburg, Dr. Sardemann in Marburg, Dr. Ludw. Schmidt in Berlin-Wilmersdorf, Dr. Schönholz in Recklinghausen, Dr. Schulze-Kump in Halver, Dr. Schulte-Steinberg in Hannover, Dr. Sennwitz in Grottkau, Dr. Sommer in Soest, Dr. Stadler in Bad Bertrich, Dr. Herm. Stelter in Greifenberg i. P., Dr. Albr. Tannen in Hannover, Dr. Jul. Tarnowski in Berlin, Dr. Thiel in Marienburg Westpr., Dr. Trautwein in Kreuznach, Dr. Thurmann in Anklam,

Dr. Wagner in Mülheim a. d. R., Dr. Rich. Weber in Breslau, Dr. Weis in Trier, Dr. Weßberge in Moringen, Dr. Joh. Wirtz in Echternacherbrück, Dr. Wittneben in Linden, Dr. Wreschner in Berlin und Dr. Zepler in Evingsen; — das Prädikat als Profesor: dem Frauenarzt Dr. Alfred Pinkuß in Berlin und Privatdozent Dr. Cassirer iu Straßburg i. Els.; — der Stern der Komture des Hausordes von Hohenzollern: dem Leibarzt Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin Generalarzt Geh. Med.-Rat Dr. Zunker in Berlin; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Kreisarzt Dr. Ubbo Richter in Berlin, dem Direktor der Prov.-Hebammenlehranstalt Dr. Köstlin in Danzig-Langfuhr, dem prakt. Arzt Dr. Ernst in Wiesbaden und dem Oberstabsarzt a. D. Dr. Richter in Berlin; — der Kronenorden II. Klasse: dem Marinegeneralarzt a. D. Dr. Dirksen in Kiel; — der Kronenorden III. Kl.: den außerordentl. Professoren Dr. Dieck und Dr. Willinger in Berlin; — der Kronenorden IV. Kl.: dem Oberarzt Dr. Schliebs in Berlin.

Ernannt: Prof. Dr. v. Franqué zum kommissarischen Mitgliede des Medizinalkollegiums der Rheinprovinz; die Kreisassistenzärzte Dr. Pachnio in Stralsund zum Kreisarzt in Westerburg, Dr. Rapmund in Marburg zum Kreisarzt des Kreises Querfurt, Dr. Gaetjens in Gelsenkirchen zum Kreisarzt in Löbau mit dem Wohnsitz in Neumark, Dr. Schulte in Sigmaringen zum Kreisarzt in Cochem; der Arzt Dr. Dennemark in Schmalnau (Röhn) zum Kreisassistenzarzt unter Ueberweisung an den Oberamtsarzt und Regierungs- und Medizinalrat in Sigmaringen und unter gleichzeitiger Uebertragung der Leitung der Medizinaluntersuchungsstelle daselbst, der Arzt Dr. David in Nauen zum Kreisassistenzarzt in Stralsund unter Ueberweisung an den Kreisarzt der Kreise Stralsund und Franzburg; Dr. Kiesow in Bialla zum Kreisassistenzarzt daselbst unter Ueberweisung an den Kreisarzt des Kreises Johannisburg; Dr. Lorenz in Berlin zum Stadtassistenzarzt in Duisburg; zu Mitgliedern des Reichsgesundheitsamt: Dr. Friedr. v. Müller, Geh. Hofrat u. ordentl. Prof. in der Universitäts-Fakultät in München; Dr. Kirchner, Geh. Hofrat und Professor, Direktor des landwirtschaftlichen und milchwirtschaftlichen Instituts der Universität

Leipzig; Dr. Balser, Obermedizinalrat und vortragender Rat in der Abt. für öffentl. Gesundheitspflege im Ministerium des Innern in Darmstadt.

Versetzt: Geh. Med.-Rat Dr. Fielitz, Kreisarzt des Saalkreises Halle in den Stadtkreis Halle, Kreisarzt Dr. Bundt in Querfurt in den Saalkreis Halle.

In den Ruhestand getreten zum 1. Dezember: Geh. Med.-Rat Dr. Risel, Kreisarzt des Stadtkreises Halle a. S.

Aus dem Staatsdienste geschieden: Kr[illegible] Dr. Neumann in Westerburg.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Cimbal, Kreisarzt in Neisse, Kreisarzt Dr. Friedel in Wernigerode, Marinestabsarzt Dr. Kyritz in Chungking, Dr. Raaf in Bonn, San.-Rat Dr. Wegener in Düsseldorf, San.-Rat Dr. Lorenz in Berlin- Wilmersdorf, Dr. Heesel in Rheine i. Westf., Dr. Sandberg in Landeck i. Schl., Marinestabsarzt Dr. Reimers in Ostasien.

Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Prädikat „Exzellenz": dem Geh. Rat Prof. Dr. v. Angerer, Königl. Leibarzt in München; — der Rang als Obermedizinalrat: den Leibärzten, Hofstabsärzten und Med.-Räten Dr v. Kastner und Dr. v. Hößlin.

In den Ruhestand getreten: Med.-Rat Dr. Gruber, Bezirksarzt und Hausarzt bei dem Strafvollstreckungsgefängnis in München unter Verleihung des Verdienstordens vom heiligen Michael IV. Klasse mit der Krone.

Gestorben: Dr. Meyer, bezirksärztl. Stellvertreter in Weiler im Allgäu, Med.-Rat Dr. Friedrich Müller in Augsburg, Hofrat Dr. Kaufmann, Bezirksarzt a. D. in Bad Dürkheim.

Königreich Sachsen.

Ernannt: Die Privatdozenten Dr. Löhling und Dr. P. Schmidt in Leipzig zu außerordentlichen Professoren in der dortigen medizin. Fakultät.

Königreich Württemberg.

Ernannt: Dr. Krafft in Stuttgart zum Vorstand der chemischen Abteilung des hygienischen Laboratoriums des württembergischen Medizinal-Kollegiums und zum außerordentlichen chemisch-technischen Mitgliede dieses Kollegiums.

Gestorben: Dr. Beck, Stadt- und Bahnarzt in Mengen und Dr. Karl Kurz in Ravensburg.

Grossherzogtum Baden.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Kugler, Bezirksarzt a. D. in Mannheim.

Grossherzogtum Hessen.

Ernannt: Geh. ObㄜrMed.-Rat Dr. Hauser, vortr. Rat in der Abteilung für öffentl. Gesundheitpflege des Min. des Innern zum Vorstand des Landes-Impfins tituts; der bisherige Arzt an der Zellenstrafanstalt Butzbach Dr. Kullmann zum Kreisarzt in Lauterbach unter Verleihung des Titels „Medizinalrat“, Privatdozent Dr. Brüning in Gießen zum außerordentlichen Professor in der dortigen medizinischen Fakultät.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Heinricy von Lauterbach nach Bingen

Grossherzogtum Oldenburg.

Ernannt: Amtsarzt Dr. Barnstedt in Oldenburg zum Leibarzt Sr. Königl. Hoheit des Großherzogs von Oldenburg unter Verleihung des Titels „Medizinalrat“

Gestorben: Amtsarzt Med.-Rat Dr. Lübbers in Löningen und Geh. Med.-Rat Dr. Theopold in Oldenburg

Erledigte Stellen.

Königreich Preussen.

Die Stelle eines Assistenten bei dem Hygienischen Institut in **Beuthen** (Ob.-Schl.). Remuneration 2400 M. jährlich und Dienstwohnung gegen mäßige Miete. Meldungen sofort an den Intitutsdirektor.

Königreich Bayern.

Die neueingerichtete Landgerichtsarztstelle in **Frankenthal.**

---

25. Jahrg. Zeitschrift 1912.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 22.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Nov.

Ueber das Verhältnis der Kaiserlichen Verordnung betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln zum Deutschen Arzneibuch.

Von Gerichtsassessor **F. Hafner**-Elberfeld.

Am 1. April dieses Jahres waren 10 Jahre seit dem Inkrafttreten der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 betr. den Verkehr mit Arzneimitteln vergangen. In dieser Zeit ist die Verordnung außerordentlich oft angewendet und in der Fachpresse zum Gegenstand von Auseinandersetzungen gemacht worden. Trotzdem besteht in den beteiligten Kreisen keine Klarheit über ihre Auslegung. Wenn auch die obersten Gerichte im Laufe der Zeit unverkennbar bestimmte Grundsätze in ihren Entscheidungen aufgestellt haben, so halten doch die durch die Verordnung betroffenen Apotheker und Drogisten im Kampf für den Gewerbebetrieb, der ihre Erwerbsquelle bildet, nach wie vor an ihren widerstreitenden Ansichten fest. Nach den mitgeteilten Gerichtsentscheidungen hat es den Anschein, als ob die den Apotheker- und Aerztekreisen angehörigen Sachverständigen die Grundsätze der oberen Gerichte, wenn auch nicht bekämpfen, so doch nicht immer beachten. Es sei in dieser Hinsicht nur an die Streitfrage erinnert, ob „Destillate“ in der Kaiserlichen Verordnung als selbständige Zubereitungsform an-

erkannt sind.[1]) Gewiß werden über die Auslegung der Kaiserlichen Verordnung berechtigte Meinungsverschiedenheiten bestehen können, und es werden hier — wie bei jedem Gesetz — auch widersprechende Urteile nicht zu vermeiden sein. Es entspricht jedoch nicht den wirklichen Verhältnissen, wenn in der pharmazeutischen Fachpresse immer wieder von einer großen Zahl schroffer Widersprüche in den gerichtlichen Erkenntnissen die Rede ist. Die Schuld an diesem Irrtum tragen zum Teil die Fachzeitungen selbst, die — im Gegensatz zu den Gepflogenheiten der juristischen Presse — die gerichtlichen Entscheidungen schon vor ihrer Rechtskraft bringen, und bei aufhebenden Entscheidungen nicht oder nicht deutlich erkennbar machen, daß damit ein mitgeteiltes Urteil in Wegfall kommt. Namentlich ist es nicht zu billigen, daß in einer Zusammenstellung von Gerichtsentscheidungen, wie sie die Pharmazeutische Zeitung, Jahrg. 1911, Nr. 65—67 bringt, aufgehobene und aufhebende Urteile gleichwertig nebeneinander gestellt werden.

Ueber die Frage des Verhältnisses der Kaiserlichen Verordnung zum Arzneibuch vertreten unsere höchsten Gerichte übereinstimmend den Standpunkt, daß das Arzneibuch für den Richter bei Auslegung der Kaiserlichen Verordnung nicht maßgebend ist. Gleichwohl herrscht in Apothekerkreisen wie früher auch bei den Medizinalbeamten die Ansicht, die Vorschriften des Arzneibuches müßten der Auslegung der Kaiserlichen Verordnung zugrunde gelegt werden.[2]) Es kommt deshalb oft vor, daß Sachverständige eine streitige Arzneizubereitung nur deswegen für dem freien Verkehr entzogen erklären, weil sie den Vorschriften des Arzneibuches nicht entspricht. Die Unhaltbarkeit dieser Ansicht soll im folgenden dargelegt werden.

Für den die Kaiserliche Verordnung anwendenden Strafrichter würde das Arzneibuch nur dann verbindlich sein,

a) wenn es Bestandteil der Verordnung geworden wäre oder
b) wenn das Arzneibuch selbst Gesetz wäre, und die Verordnung sich darauf bezogen hätte.

Keine dieser Voraussetzungen trifft zu!

Bestandteil der Verordnung hätte das Arzneibuch nur dadurch werden können, daß es zusammen mit ihr veröffentlicht worden wäre. Das ist nicht geschehen.

Nun ist allerdings möglich, daß ein Gesetz auf andere Vorschriften Bezug nimmt; eine solche Bezugnahme ist aber nur auf Gesetze zulässig. Dieser anerkannte Grundsatz ergibt sich für die Kaiserliche Verordnung, die in Verbindung mit § 367 Nr. 3 R.Str.G.B. ein Strafgesetz ist, auch aus § 2 R.Str.G.B. Danach ist eine Handlung nur dann strafbar, wenn die Strafe gesetzlich bestimmt ist. Es muß also der ganze

[1]) Vergleiche Urteil des Kammergerichts vom 9. November 1908 (gegen das Gutachten des Kaiserl. Gesundheitsamts), Pharm. Ztg.; 1908, S. 906, und des Oberlandesgerichts Dresden vom 9. August 1911 (gegen das Gutachten des Königl. Sächs. Landes-Medizinalkollegiums), Pharm. Ztg.: 1911, S. 854.

[2]) Vergl. Husemann. Pharm. Zeitung: 1897, S. 559.

Tatbestand — einschließlich etwaiger Begriffsbestimmungen — durch Gesetz festgelegt sein. Das Arzneibuch ist kein Gesetz. Es wird zwar in der pharmazeutischen Literatur häufig als solches bezeichnet;[1]) dieser irreführenden Ansicht kann aber nicht scharf genug entgegengetreten werden. Gesetze sind nur die ordnungsmäßig verkündeten Rechtsnormen! Das Arzneibuch für das Deutsche Reich ist nicht verkündet worden. Der im Gesundheitsamt festgestellte Entwurf der IV. Ausgabe (dieses Arzneibuch kommt für die am 22. Oktober 1901 verkündete Kaiserliche Verordnung zunächst in Betracht) ist dem Bundesrat vorgelegt und von diesem genehmigt worden. Danach ist das Buch in R. von Deckers Verlag in Berlin im Buchhandel erschienen. Die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 30. Juni 1900, betr. das Arzneibuch für das Deutsche Reich, ist — wie wohl nicht hervorgehoben zu werden braucht — keine Verkündung, da eine solche nur im Reichsgesetzblatt hätte erfolgen können. Das gleiche gilt für das Deutsche Arzneibuch, V. Ausgabe.

Das Arzneibuch ist zwar ein amtliches Buch und darf als solches seine Bedeutung beanspruchen; es ist aber kein Gesetz und hat nicht die Kraft, den Richter zu binden. Hätte die Kaiserliche Verordnung etwa auf das Arzneibuch Bezug genommen, so würde dies die Ungültigkeit der Kaiserlichen Verordnung zur Folge gehabt haben.[2]) Die Kaiserliche Verordnung nimmt denn auch weder ausdrücklich noch stillschweigend auf das Arzneibuch Bezug.[3])

Dieser rein rechtliche Grund für die Unabhängigkeit der Kaiserlichen Verordnung vom Arzneibuch könnte vielleicht als ein durch die Gesetzgebung bedingter, bedauerlicher Mangel der Verordnung angesehen werden, und es könnte die Frage aufgeworfen werden, ob es nicht wenigstens empfehlenswert er-

---

[1]) Siehe Weichelt (Apothekerzeitung; 1907, S. 638); ferner Apothekerzeitung; 1910, S. 993; Pharm. Ztg.; 1901, S. 219; sowie Husemann (Pharm. Ztg.; 1897, S. 559), der das Arzneibuch eine „Kaiserliche Verordnung“ nennt.

[2]) So für die Ungültigkeit der dem § 8 der „Grundzüge“ des Min.-Erlasses vom 13. Januar 1910 entsprechenden Polizeiverordnung des Regierungs-Präsidenten zu Potsdam K. G. vom 3. Juli 1911; Pharm. Ztg.; 1911, S. 563 und der gleichen Westfälischen Polizeiverordnung K. G. vom 4. Juli 1912; Pharm. Ztg.; 1912, S. 570. Siehe auch die Entscheidung des K. G. über den entsprechenden Fall der Bezugnahme auf das Hebammen-Lehrbuch, mitgeteilt in der Pharm. Ztg.; 1905, S. 427. Die Ansicht des Kammergerichts ist übrigens in dem Erlaß vom 18. Oktober 1912 vom Minister des Innern (s. Beilage Rechtsprechung usw. zur heutigen Nummer S. 258) als zutreffend anerkannt worden. „Um den infolge einiger Gerichtsurteile entstandenen Bedenken gegen die im § 8 der Grundzüge erfolgte Erwähnung des Deutschen Arzneibuchs Rechnung zu tragen,“ ist dem § 8 eine Fassung gegeben, die das Arzneibuch nicht erwähnt.

[3]) S. Meißner: Kommentar zur K. V. Seite 72; L. G. Liegnitz 30. April 1910 (Pharm. Ztg.; 1910, S. 372); A. G. Gera 1910 (Pharm. Ztg.; 1911, S. 410); O. L. G Stuttgart, 11./18. März 1912, (Pharm. Ztg.; 1912, S. 511); ferner die in Meißners Kommentar, S. 73 ff, mitgeteilten Urteile: L. G. Berlin I 4. Dez. 1897; K. G. 14. Mai 1899; O. L. G. Posen 14. August 1899; O. L. G. Königsberg 14. März 1902. Vergl. ferner: A. G. Hannover 16. Sept. 1903 (Pharm. Ztg.; 1903, S. 769); O. L. G. Dresden, 30. Sept. 1908 (Pharm. Ztg.; 1908, S. 794); O. L. G. Dresden 9. Aug. 1911 (Pharm. Ztg.; 1911, S. 864).

scheint, daß sich der Richter bei der Auslegung der Kaiserlichen Verordnung an die Begriffsbestimmungen und Zubereitungsvorschriften des Arzneibuches hält und diese seinen Entscheidungen zugrunde legt. Diese Frage ist zu verneinen. Ein solches Zurückgreifen auf das Arzneibuch würde dann berechtigt sein, wenn sich feststellen ließe, daß die Kaiserliche Verordnung die verwendeten Begriffe im Sinne des Arzneibuches gebraucht hat. In dieser Hinsicht wird darauf hingewiesen, daß die Kaiserliche Verordnung die gleichen Ausdrücke verwendet wie das Arzneibuch. Allein es ist zu bedenken, daß auch das Arzneibuch seine Bezeichnungen nicht selbst geschaffen hat. Es entnimmt seine Ausdrücke dem Wortschatz der pharmazeutischen Wissenschaft; auf diese, nicht auf das Arzneibuch greift auch die Kaiserliche Verordnung zurück. Das ergibt sich daraus, daß die Kaiserliche Verordnung eine große Zahl von deutschen und lateinischen Bezeichnungen verwendet, die das Arzneibuch nicht führt. Von den Zubereitungs-Formen sind im Arzneibuch IV, auf das die Verordnung nur hätte zurückgehen können, Verreibungen (triturationes) überhaupt nicht, solutiones nur im Verzeichnis der neben den amtlichen sonst noch gebräuchlichen Namen der Arzneimittel (Anlage 7) angeführt. Das Arzneibuch kennt nicht die Sammelausdrücke: Pulveres, species mixtae und capsulae gelatinosae et amylaceae repletae, welche die Kaiserliche Verordnung aufführt.

Von den im Verzeichnis A aufgeführten 62 Zubereitungen fehlen im Arzneibuch IV 28 und von den 266 im Verzeichnis B genannten Arzneimitteln kennt das Arzneibuch IV nur 82.

Ferner verwendet die Kaiserliche Verordnung die in Anlage 7 angeführten Ausdrücke: Lakritzen, Salmiakgeist und Lanolin an Stelle der amtlichen Ausdrücke: Süßholzsaft, Amoniak-Flüssigkeit und wasserhaltiges Wollfett.

Es kann also von einem Zurückgreifen der Kaiserlichen Verordnung auf das Arzneibuch nicht gesprochen werden.[1])

Weiter will man aus der Einteilung der Zubereitungen in der Kaiserlichen Verordnung folgern, daß dieser das Arzneibuch als Vorlage gedient hat. So beruft sich Weichelt[2]) darauf, daß aromatischer Essig, der nach dem Arzneibuch als Gemisch hergestellt wird, auch in der Verordnung unter den flüssigen Gemischen A 5 aufgeführt wird, während er auch als Auszug hergestellt werden könnte und dann unter Auszüge in flüssiger Form A 3 fällt. Demgegenüber ist zu bemerken, daß aromatischer Essig tatsächlich nur als Gemisch hergestellt wird; die andere Herstellungsart „durch unmittelbares Ausziehen eines Gemenges von Pflanzenteilen mittels Essig“ hat nur wissenschaftliche Bedeutung. Die Kaiserliche Verordnung hat aber nur auf die Praxis Rücksicht zu nehmen; selbst, wenn

[1]) Vgl. K. G., 14. Mai 1899 (Böttger: Verkehr mit Arzneimitteln, S. 61).
[2]) Apothekerzeitung; 1907, S 639.

einmal aromatischer Essig durch unmittelbares Ausziehen der gemischten Pflanzenteile hergestellt werden sollte, so würde das so gewonnene Erzeugnis als flüssiges Gemisch im Sinne der Kaiserlichen Verordnung anzusprechen sein, da es hierfür nur auf die Endform, die Natur der vertriebsfertigen Zubereitung, nicht auf die Art ihrer Herstellung ankommt.[1])

Hiermit kann also nichts bewiesen werden! Dagegen weicht die Kaiserliche Verordnung von der Gliederung des Arzneibuches insofern ab, als sie Senfpapier unter Pflaster und Salben A. 10 nennt, während das Arzneibuch das Senfpapier als eine „Charta“ aufführt — eine Zubereitungsform, die der Kaiserlichen Verordnung überhaupt unbekannt ist.

Daß die Kaiserliche Verordnung nicht auf das Arzneibuch Bezug nimmt, ergibt sich ferner daraus, daß sie bei Bleiwasser den Zusatz: „Mit einem Gehalt von höchstens zwei Gewichtsteilen Bleiessig in 100 Teilen der Mischung“ macht; denn das Bleiwasser des Arzneibuches darf nur in dem Verhältnis von 1 zu 49 hergestellt werden. Auch wäre es überflüssig gewesen, dem Aetherweingeist die dem Arzneibuch fremde Bezeichnung „Hoffmannstropfen“ hinzuzufügen, wenn doch nur der Aetherweingeist des Arzneibuches gemeint gewesen wäre.

Sodann ist zu bedenken, daß grundsätzlich nur entweder bei allen oder bei keiner der übereinstimmenden Bezeichnungen das Arzneibuch maßgebend sein kann. Daß aber für die Arzneimittel B das Arzneibuch nicht verbindlich sein kann, ist als schon von vornherein einleuchtend bezeichnet worden[2],) da anderenfalls nur die im Arzneibuch beschriebenen, nicht aber die zahlreichen anderen Handelssorten geschützt wären. Weichelt schränkt das Anwendungsgebiet des Arzneibuches noch weiter ein und erhebt die Forderung, „daß für die in die Kaiserliche Verordnung aufgenommenen Zubereitungs-Formen die Bestimmungen des Arzneibuches entsprechend dem Charakter desselben als Arzneigesetzbuch zu gelten haben“.[3])

Wo liegt aber der innere Grund für diese Unterscheidungen? In der Verordnung selbst finden sie keine Stütze. Es ist also teils Zufall, teils Willkür, daß für ein Arzneimittel die Vorschriften des Arzneibuches gelten sollen. Das sind aber keine Grundlagen für eine Rechtsprechung!

Es würde auch dem Zweck der Kaiserlichen Verordnung und des Arzneibuches widersprechen, wollte man dem einen maßgebenden Einfluß auf die Auslegung der anderen einräumen. Das Arzneibuch ist nur für den inneren Betrieb der Apotheken bestimmt; die Kaiserliche Verordnung will dagegen den äußeren Verkehr aller mit dem Arzneimittelhandel sich befassenden Betriebe (abgesehen von der Ausnahme des § 3) regeln. Die Kenntnis des Arzneibuches wird nur von dem Apotheker verlangt, der Drogist braucht es nicht zu kennen.

---

[1]) Vgl. O. L. G. Dresden, 9. August 1911 (Pharm. Ztg.; 1911, S. 854).
[2]) Böttger: Verkehr mit Arzneimitteln; S. 62.
[3]) Apotheker Zeitung; 1907, S. 639.

Die Kaiserliche Verordnung kann den Drogisten daher auch nicht wegen einer Abweichung von einer Vorschrift bestrafen, die für ihn nicht maßgebend ist und die er nicht zu kennen braucht.

Der letzte Zweifel über die Stellung der Kaiserlichen Verordnung zum Arzneibuch wird durch ihre Entstehungsgeschichte genommen. In dem Gutachten, welches das Kaiserliche Gesundheitsamt zu dem Entwurf der Verordnung im Jahre 1899 erstattet hat, heißt es:

„In den Beratungen vom 8. und 9. September vorigen Jahres und 13. Juni dieses Jahres wurde noch erörtert, ob dem § 1 folgende Bestimmung einzufügen ist:

Die in dem Verzeichnis A als Ausnahmen aufgeführten Zubereitungen, sowie die Verbandstoffe dürfen, soweit sie in das Arzneibuch aufgenommen sind oder werden, auch außerhalb der Apotheken nur unter der Bedingung feilgehalten werden, daß sie den jeweilig geltenden Vorschriften des Arzneibuches entsprechen.

Während in der ersten Beratung der Antrag auf Erlaß einer solchen Vorschrift die Hälfte der Stimmen auf sich vereinigte, wurde er in der letzten Sitzung allgemein abgelehnt."

Auch in der Literatur wird durchgängig der Standpunkt vertreten, daß die Kaiserliche Verordnung nicht auf das Arzneibuch Bezug nimmt, und daher das Arzneibuch für die Kaiserliche Verordnung nicht maßgebend ist.[1])

Die Heranziehung des Arzneibuchs wird schließlich als Notwendigkeit der arzneibedürftigen Allgemeinheit bezeichnet, weil es für den einzelnen Käufer eine schwierige Aufgabe sei, die Güte oder vorschriftsmäßige Beschaffenheit auch der freigegebenen Arzneimittel zu erkennen. Dabei wird immer als selbstverständlich vorausgesetzt, daß die freigegebenen Zubereitungen in brauchbarer Beschaffenheit nur nach den Angaben des Arzneibuches hergestellt werden könnten. Diese Voraussetzung ist jedoch falsch! Die Tatsache, daß die Angaben des Arzneibuches bei jeder neuen Ausgabe mehr oder weniger umfangreiche Aenderungen erfahren, ferner die Kritiken, die sich in der Fachpresse an jede Neuausgabe des Arzneibuches anschließen, und die Vorschläge zu Abänderungen und Verbesserungen, die in der Fachpresse für die Neuausgaben gemacht werden, lassen klar erkennen, daß die Angaben des Arzneibuches im Interesse der Allgemeinheit der fortschreitenden Entwicklung von Technik und Wissenschaft entsprechende Aenderungen nicht nur zulassen, sondern sogar verlangen. Der Apotheker allerdings, für dessen Betrieb die Bestimmungen des Arzneibuches verbindlich sind, darf — sofern nicht ausdrücklich eine andere Zubereitung verlangt wird — Aenderungen erst dann vornehmen, wenn eine neue Ausgabe ihn dazu berechtigt. Anders der Arzneiwarenhändler, für dessen Betrieb das Arzneibuch nicht verbindlich ist; er kann, ohne auf jene einschränkenden Bestimmungen Rücksicht nehmen zu müssen, nach

---

[1]) Siehe Husemann: Pharm. Ztg.; 1897, S. 559 f.; Nesemann: Verkehr mit Arzneimitteln, S. 31; Böttger: Verkehr mit Arzneimitteln, S 60; Sonnenfeld: Drogistengesetz, S. 110; Springfeld, V., S. 291.

seinem Ermessen den Verbesserungen der Technik und den Fortschritten der Wissenschaft Rechnung tragen. Daraus ergibt sich dann wohl die Tatsache, daß seine Zubereitungen zwar nicht den Angaben des Arzneibuches entsprechen, aber um nichts schlechter sind oder zu sein brauchen.[1]) Als Beispiel sei hier das Heftpflaster erwähnt. Wenn in der Kaiserlichen Verordnung unter Heftpflaster nur das Emplastrum adhaesivum des Arzneibuches zu verstehen gewesen wäre, dann hätte es ein berechtigten Ansprüchen genügendes Heftpflaster im Handel überhaupt nicht gegeben, weil das nach Vorschrift des Arzneibuches IV bereitete Heftpflaster so mangelhafte Klebkraft und Haltbarkeit besaß, daß es von den Verbrauchern ausnahmslos abgelehnt wurde.[2])

Ueberdies war es gerade Gegenstand der Kaiserlichen Verordnung, einen Unterschied zu machen zwischen Zubereitungen, für deren einwandfreie Herstellung und Prüfung besondere Erfahrung und Kenntnis erforderlich sind und die deswegen den Apotheken vorbehalten blieben, und jenen anderen, deren Herstellung und Prüfung diese besonderen Erfahrungen und Kenntnisse nicht voraussetzt und die deswegen ohne Bedenken dem freien Verkehr überlassen werden konnten.

Zum Schluß sei noch darauf hingewiesen, daß auch die ständig wiederkehrenden Neuausgaben des Arzneibuches mit ihren Aenderungen einen maßgebenden Einfluß des Arzneibuches auf die Kaiserliche Verordnung verbieten. Auch das Arzneibuch unterliegt — wie schon erwähnt — Wandlungen! Die zur Zeit des Inkrafttretens der Kaiserlichen Verordnung geltende IV. Ausgabe ist seit dem 1. Januar 1911 durch die V. Ausgabe ersetzt. Von Zubereitungen der Kaiserlichen Verordnung fehlen Pfefferminzplätzchen und Lanolin in der neuen Ausgabe; die Bereitungsvorschrift ist geändert bei Ameisenspiritus, Coldcream, Heftpflaster und Karmelitergeist; neuaufgenommen sind Triturationes und Kautschuckheftpflaster. Welches Arzneibuch soll da heute gelten? In Betracht könnte nur die IV. Ausgabe kommen, die zur Zeit des Inkrafttretens der Kaiserlichen Verordnung gegolten hat; denn nur auf diese hätte sich die Kaiserliche Verordnung beziehen können. Dieses Arzneibuch ist aber nicht mehr in Kraft! Das neue kann aber nicht für die ältere Verordnung maßgebend sein. Der Fall würde einzig in unserer Rechtspflege dastehen, daß ein ohne Mitwirkung der gesetzgebenden Gewalten erscheinendes Buch einen maßgebenden Einfluß auf die Auslegung eines bestehenden Gesetzes und damit auf die Rechtsprechung hat!

---

[1]) Vergl. die Ausführungen der Düsseldorfer Handelskammer in der Apotheker-Ztg.; 1912, S. 744. Ferner Husemann: Pharm. Ztg.; 1897, S. 560.

[2]) Vergl. hierzu: A. G. Berlin-Schöneberg: „Ein verbessertes Heftpflaster, mithin dem freien Verkehr nicht überlassen!" (Pharm. Ztg.; 1910, S. 824.) Dagegen: O. L. G. Celle, 13. Nov. 1905 (Goltd. Arch.; 57, S. 239); L. G. Verden, 2. Okt. 1907 (Apotheker-Ztg.; 1907, Nr. 93); L. G. Danzig, 15. Januar und 13. Mai 1912 (Apotheker-Ztg.; 1912, S. 195 und Drogenhändler; 1912, S. 405). Vergl. auch Dr. Fink in Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1912, H. 9.

Aus diesen Gründen kann das Arzneibuch nicht für die Auslegung der Begriffe der Kaiserlichen Verordnung maßgebend sein. Die Begriffe der Kaiserlichen Verordnung sind sämtlich Sammelnamen; sie werden in einem ganz bestimmten Sinn, nämlich dem der pharmazeutischen Wissenschaft entsprechenden Sinn gebraucht.[1]) Damit ist das Arzneibuch für die Auslegung nicht vollständig ausgeschaltet. Als wissenschaftliches Werk kann es zur Auslegung wohl herangezogen werden und es wird dem Richter oft gute Dienste leisten. Es ist aber nicht das einzige Hilfsmittel, das dem Richter zur Verfügung steht und das er benutzen darf, wenn es die Frage zu entscheiden gilt, ob ein Arzneimittel dem freien Verkehr freigegeben ist. Die Frage, ob die Kaiserliche Verordnung ein Arzneimittel dem freien Verkehr überläßt, ist nicht gleichbedeutend mit der Frage, ob das Arzneimittel nach den Vorschriften des Deutschen Arzneibuches hergestellt ist.

Bemerkungen zu Forels Lehre von der Keimschädigung durch Alkohol (Blasthophthorie).

Von Dr. **Paul Schenk,** prakt. Arzt in Berlin, staatsärztlich approbiert.

Unter Blastophthorie versteht Forel die Vergiftung vorher gesunder Keimzellen. Das Prototyp der Blastophthorie bildet die Keimvergiftung durch den Alkohol. Der Rausch erzeugt die akute Blastophthorie, der chronische Alkoholismus die chronische, die in ihrem höchsten Grade gleichbedeutend mit Atrophie der Keimdrüsen ist. Im ersten Stadium sind die Keimzellen erst „mikroskopisch funktionell kränklich"; deshalb kann in diesem ersten Stadium nur die Statistik der Nachkommenschaft Aufschluß geben. Eine Methode genügt nach Forel zum Nachweise der Alkoholblastophthorie nicht. „Wenn aber alle Methoden zu einem übereinstimmenden Ergebnis führen, muß der Beweis als erbracht gelten."

Die einzelnen Punkte der von Forel versuchten Beweisführung für die von ihm behauptete Blastophthorie durch Alkohol sind folgende:

1. Die Degeneration der unter dem Einfluß der akuten Alkoholvergiftung im Rausche erzeugten Kinder.
2. Die Entartung der Keimdrüsen bei chronischen Alkoholisten.
3. Die Ergebnisse chronischer experimenteller Alkoholvergiftung bei Tieren.
4. Die Resultate der vergleichenden Statistik beim Menschen.

Gegen alle vier Punkte der Forelschen Beweisführung lassen sich Einwände geltend machen, die zum Teil recht gewichtiger Natur sind. Es lohnt sich, namentlich in Hinsicht

---

[1]) O. L. G. Dresden, 9. Juli 1911 (Pharm. Ztg.; 1911, S. 554).

auf die Entschiedenheit, mit der manche verkehrte Schlußfolgerung als unbestreitbare Wahrheit hingestellt wird, diese Einwände, systematisch unter die von Forel angeführten vier Punkte geordnet, vorzuführen.

1. Die akute Blastophthorie ist ein sehr schwieriges Kapitel. Physiologisch steht die Tatsache fest, daß unter dem Einfluß des Alkohols die Spermatozoen ihre Beweglichkeit sehr bald, zum Teil oder ganz verlieren. Nach Nicloux und Renaut geht der aufgenommene Alkohol sehr schnell in die Geschlechtsdrüsen über. Die Samenflüssigkeit enthält den Alkohol dann fast in demselben Verhältnis wie das Blut. Engelmann[1]) fand, daß die Spermatozoen wirbelloser Tiere durch Alkoholdämpfe nach wenigen Minuten abgetötet wurden. Ich schätze die Beweiskraft derartiger Tierexperimente für die analogen Verhältnisse beim Menschen sehr niedrig ein. Immerhin erscheint es fraglich, ob durch Alkohol beeinflußte Spermatozoen imstande sind, den richtigen Weg zu den weiblichen Partner zu finden und die Kopulation zu vollziehen. Die Verhältnisse beim Ovulum lasse ich außer Betracht. Das zur Befruchtung kommende Ovulum befindet sich nicht, wie der Samenfaden in einer besonderen Samenflüssigkeit. Inwieweit das aus dem Ovarium in die Tube gelangte Ovulum dem Einfluß weiblichen Alkoholgenusses unterliegt, ist unklar.

Kinder, die von berauschten Männern gezeugt sind, sollen Zeichen alkoholischer Degeneration an sich tragen. Daß die Zeugung im Rausche Epilepsie, Imbezillität, asthenische Konstitution zur Folge haben kann, muß zugegeben werden. Bestritten wird, daß das Produkt der Zeugung im Rausche in jedem Falle minderwertig sein muß. Forel erwähnt die Schlüsse Bezzolas, nach denen die Weinlesezeit in den Weinkantonen der Schweiz ein ganz gewaltiges Idiotenzeugungsmaximum mit sich bringt. Forel hält die Art der Beweisführung Bezzolas nicht für maßgebend. „Es sind zu viele Irrtumsquellen“. Im nächsten Satz macht Forel dann aber wieder die Mitteilung, daß Dr. Schweighofer nach der Methode Bezzola festgestellt habe, daß die Zeit, wo am meisten Alkohol konsumiert wird, die meisten Zeugungen von Totgeburten mit sich bringt. In dieser Art der Beweisführung von seiten der Abstinenten liegt Methode. Hoppe[2]) läßt seinen Bericht über die Resultate der ausdrücklich als „exakt“ bezeichneten Untersuchung Bezzolas in kleinerer Schrift den kurzen Nachsatz folgen: „Neuerdings haben allerdings Pearson und Elderton gegen die Methode Bezzolas Bedenken erhoben, deren Berechtigung noch nicht widerlegt ist.“ Wer sich die Mühe nimmt, sich in der „Internat. Monatsschrift zur Erforschung des Alkoholis-

---

[1]) Zitiert wie mancher andere Beleg nach Hoppe: Die Tatsachen über den Alkohol. 4. Aufl. München 1912. Ueber Engelmanns Versuche siehe Hoppe, S. 131.

[2]) l. c.

mus usw." (Augustheft 1911 S. 311 ff.) über die Kritik Ethel Eldertons und Prof. Karl Pearsons an Bezzolas Untersuchungen zu informieren, wird finden, daß Gründe genug vorhanden sind, die Behauptung vom Einfluß der Weinlese auf die Erzeugung von Schwachsinnigen als „lächerliches Geschwätz" zu bezeichnen.

2. Chronische Blastophthorie bei chronischen Trinkern. Bertholet, Weichselbaum, Kyrle haben bei Trinkern Entartung der Hoden gefunden. Der Kürze wegen führe ich hier aus der in den Sitzungsberichten der Kaiserl. Akademie der Wissenschaften in Wien (mathematisch-naturwissenschaftliche Klasse; Bd. CXXI, Abt. III, Februar 1912) veröffentlichten Studie Prof. Weichselbaums und Dr. Kyrles über die Veränderungen der Hoden bei chronischem Alkoholismus die Schlußsätze an:

„1. Die chronische Alkoholvergiftung erzeugt an und für sich, d. i. ohne Zutun irgendeiner chronischen Erkrankung oder des Seniums, konstant in den Hoden Veränderungen verschiedenen Grades, die schließlich zum völligen Untergang der Samenkanälchen führen können.

2. Eine den chronischen Alkoholismus komplizierende Leberzirrhose steigert häufig in ausgesprochener Weise den Grad der durch ersteren hervorgerufenen Hodenveränderungen, während dies bei anderen den chronischen Alkoholismus komplizierenden Krankheitsprozessen nicht so deutlich zu beobachten ist.

3. In den durch den chronischen Alkoholismus geschädigten Hoden tritt sehr häufig eine mitunter sehr bedeutende Wucherung der Zwischenzellen sowie eine Wucherung des Epithels des rete testis auf; erstere hängt mit der Regeneration der zugrunde gegangenen Samenzellen zusammen, während letztere wahrscheinlich immer nur eine fruströse Regeneration darstellt."

Blastophthorie heißt Keimschädigung; die männlichen Keime sind die Spermatozoen. Veränderungen an den Spermatogonien (Ursamenzellen), Spermatozyten (Muttersamenzellen), Spermatiden machen Veränderungen an den Spermatozoen wahrscheinlich, beweisen sie aber nicht. In einer kleinen Anmerkung sagen Weichselbaum und Fyrle:

„Auch die Spermien zeigen gewisse Veränderungen, mit deren genauerem Studium wir noch beschäftigt sind, und deren Mitteilung daher einer späteren Abhandlung vorbehalten bleibt"

Ob die Trinker, deren Hoden untersucht wurden, überhaupt Kinder hatten, erfahren wir nicht. Daher fehlt eigentlich diesen anatomischen Untersuchungen über Hodendegeneration bei Trinkern die rechte Beweiskraft für das zur Rede stehende Thema. Uebrigens steht gerade die Leberzirrhose, mit der die Hodendegeneration oft vergesellschaftet gefunden wurde, mit dem Alkoholismus nach Fahrs Untersuchungen[1]) in keinem direkt ursächlichen Zusammenhang. Unzweckmäßige Ernährung, Luxuskonsumption von Eiweiß und daraus resultierende Stoffwechselstörungen dürften vielleicht bei der Entstehung der Leberzirrhose eine größere Rolle spielen als der Alkohol. Nach Weichselbaums Ansicht, die durch Tierversuche Schoppers eine Art von Bestätigung erhielt, ist die Leberzirrhose imstande,

[1]) Virchows Archiv; 205. Bd., S. 397 ff., 1911.

eine ähnliche Wirkung auf die Hoden auszuüben wie die chronische Alkoholvergiftung. Es kann wohl sein, daß unzweckmäßige Ernährung für sich allein, ohne Zufuhr von Alkohol, sowohl Leberzirrhose, wie Hodendegeneration erzeugt. Kausale Verknüpfungen herzustellen, wo einfach ein Nebeneinander oder auch ein Nacheinander der Erscheinungen vorliegt, ist ein tiefgewurzelter Kardinalfehler der menschlichen Psyche. Auf diesen Punkt komme ich bei Bunges Untersuchungen zurück.

3. Die Ergebnisse experimenteller chronischer Alkoholvergiftung bei Tieren. Combemale hat einen Hund acht Monate lang Tag für Tag durch Absinth trunken gemacht und ihn dann mit einer gesunden Hündin gepaart. Von den 12 (!) Jungen waren 2 bei der Geburt tot, 3 gingen innerhalb 14 Tagen an Lungenentzünduug zu Grunde, der Rest starb nach 32 bis 67 Tagen an krampfartigen Zufällen, an Darmkatarrhen und an Tuberkulose. Bekanntlich ist Absinth wegen seines Gehalts an noch anderen Giftstoffen (Bittermandelöl) weit gefährlicher als der Alkohol und diesem nicht ohne weiteres gleichzuschätzen. Bemerkenswert ist, daß ein acht Monate lang in beständiger Absinth-Trunkenheit erhaltener Hund überhaupt noch zeugungsfähig ist.

Prof. Laitinen in Helsingfors hat nach Forels Angabe durch Versuche an Kaninchen bewiesen, daß die tägliche Zufuhr von 0,1 ccm Alkohol pro Kilogramm Körpergewicht (entsprechend ungefähr $^3/_4$ Glas Wein bei einem 70 kg schweren Menschen) genügt, um die Nachkommen weniger lebenskräftig und weniger widerstandsfähig zu machen als die von Kaninchen, die als Getränk nur Wasser erhalten. Auch die hämolytische Fähigkeit des Blutes wird angeblich konstant schon durch derartig geringe Dosen Alkohol herabgesetzt. Forel gibt sein Urteil über Laitinens (nach Forel[1]) an 600—700 Kaninchen angestellte Versuche) in vorsichtiger Form dahin ab: „Natürlich sind bei so minimen Dosen die Unterschiede nur gering, scheinen aber nach Laitinen ziemlich konstant zu sein." Ich habe diesem Urteil hinzuzusetzen: Laitinen ist nach allem, was ich von ihm über seine Experimente und Untersuchungen gelesen habe, ein Forscher, der in seinen Schlußfolgerungen nach dem Schema: post hoc, ergo propter hoc ebenso kühn als unvorsichtig ist. Wenn seine Alkoholkaninchen gleichzeitig oder kurz hintereinander zwei oder drei Junge werfen und das einzelne dieser Zwillings- oder Drillingsjungen wiegt weniger oder stirbt früher als das von dem Wasserkaninchen an den Tag gebrachte einzige Junge, so lautet Laitinens Schluß: schon geringe Alkoholdosen setzen Gewicht und Lebenskraft der Jungen herab.

4. Die Alkoholblastophthorie wird auch durch die Statistik beim Menschen bewiesen. Wer ohne statistische Schulung statistisches Material verarbeitet, der sorgt

[1]) Bericht über den Antialkohol-Kongreß in Haag; S. 171.

nur für die Vermehrung der doch schon im Uebermaß vorhandenen „aventures et miracles de statistique“. Das trifft besonders auf die Bearbeitung der von Prof. Laitinen und Prof. v. Bunge entworfenen und von den Autoren selbst statistisch verarbeiteten Fragebogen zu. v. Bunge hat auf Grund seiner statistischen Forschungen bekanntlich einen Zusammenhang zwischen der weiblichen Stillunfähigkeit und dem Trinken des Vaters konstruiert. An sich ist es durchaus unwahrscheinlich, daß die kümmerliche Entwicklung der weiblichen Brustdrüse gerade mit dem durch das Spermatozoon ins Ei gebrachten väterlichen Qualitäten etwas zu tun hat. Die v. Bungesche Methode zu schließen, ist so: „Die Mutter hat noch die Fähigkeit zum Stillen. Die Tochter hat sie verloren. Die Ursache der Abnormität muß beim Vater gesucht werden.“ Ich bilde mit demselben Recht die folgende Satzfolge: „Die Mutter ist sexuell normal und mit Kindern gesegnet. Die Tochter ist sexuell pervers und seit neun Jahren kinderlos verheiratet. Die Ursache der Abnormität muß beim Vater gesucht werden.“ Frage ich weiter: warum eigentlich muß denn die Ursache beim Vater gesucht werden, so lautet die Antwort: Der Vater ist oder war Potator. Der Alkohol aber ist zweifellsohne aller jemals beobachteten Abnormitäten Mutter. Ich müßte meinen Ausführungen eine der Redaktion unerwünschte Ausdehnung geben, wollte ich im einzelnen alle die groben Verstöße anführen, die v. Bunge und Laitinen sich bei der Bearbeitung ihrer Fragebogen gegen die Grundregeln der Statistik haben zu schulden kommen lassen. Ich habe mich in der „Aerztlichen Sachverständigen Zeitung“ in meinen Alkoholsammelreferaten und auch sonst zu diesem Punkte des Längeren geäußert.

Ich will nur darauf hinweisen, daß auch Pearson und Elderton in ihrer bereits erwähnten Schrift von Laitinens statistischer Methode erklären, daß sie die weitgehenden und dogmatischen Schlußfolgerungen Laitinens nicht rechtfertigt. Bei Pearson und Elderton findet sich auch der Nachweis, daß den Untersuchungen von Demme über die Nachkommenschaft von Trinkern jede allgemeinere Bedeutung abgeht. Die Art der Zusammensetzung der schweizerischen Bevölkerung widerspricht Demmes Verallgemeinerung durchaus.

Forel sagt noch, daß das ungemein fleißige Werk Hoppes: „Die Tatsachen über den Alkohol“ noch viel mehr Material, Statistiken und literarische Angaben über die Blastophthorie bringt, als er anführen könne. Ueber dieses Werk sage ich hier so viel: Hoppe bringt so ziemlich wohl alles, was irgendwo, von irgendeinem Autor mit dem Alkohol in ursächlichen Zusammenhang gebracht worden ist. Ueber die an diesen „Tatsachen“ geübte Kritik geht er, wie ich es an dem Beispiel Bezzola-Pearson zeigte, meist kurz hinweg. Alle seine Autoren scheinen ihm über die Kritik erhaben zu sein.

Was bleibt also übrig von der Blastophthorie, die nach

Forel übereinstimmend durch alle vier von ihm angewandten Methoden der Beweisführung bewiesen wird? Die Tatsache, daß im Rausche (wie auch unter anderen Umständen) zuweilen epileptische, imbezille, konstitutionell minderwertige Kinder gezeugt werden. Ferner die Erkenntnis, daß wir nicht wissen, ob in ihrer Lebensfähigkeit geschwächte Spermatozoen überhaupt befruchtend wirken. Drittens die Ueberzeugung, daß die Statistik ein ungenügendes Mittel ist, um in biologischen Dingen einen Beweis zu erbringen, aber ein geeignetes Mittel, um in kühnen Händen den luftigsten Hypothesen zur Stütze zu dienen.

Zur Psychologie des Vagabundentums.

Von Dr. **Richard Weber,** Kantonalarzt in Weißenburg i. Els.

Eine Klasse von Uebeltätern, mit denen sich die Gerichte in gewissen Jahreszeiten immer wieder zu beschäftigen haben, bilden die Landstreicher, die meist durch Betteln und Obdachlosigkeit straffällig werden. Sie stellen dem Richter weiter keine großen und interessanten Aufgaben, außer daß er zwischen einer kürzeren oder längeren Freiheitsstrafe und Arbeitshaus zu entscheiden hat. Vom medizinischen und gerichtsärztlichen Standpunkt aus bieten sie aber mancherlei Interessantes; es mag sich daher verlohnen, auf ihre psychische Verfassung näher einzugehen. Es handelt sich bei ihnen tatsächlich um eine ganz besondere Klasse, es ist kein Zufall, der sie auf die Landstraße treibt.

Die Vagabunden stehen wohl alle, soweit sie nicht direkt als pathologisch zu beurteilen sind, auf der Grenze des psychisch Normalen. Bonhoeffer (Beitrag zur Kenntnis des großstädtischen Bettel- und Vagabundentums) ermittelte unter 404 Bettlern und Obdachlosen in Breslau, daß 53 % das Pensum der Volksschule nicht erledigt hatten, weil sie intellektuell schwach beanlagt waren. Mendel, der 85 männliche Detinierte eines Berliner Arbeitshauses untersuchte, fand bei 33 unzweifelhafte Geisteskrankheit, und zwar vorzugsweise Schwachsinn und Epilepsie. Aber auch die 52 anderen waren weit davon entfernt, normal zu sein; unter ihnen fanden sich Alkoholiker, erblich Belastete, Uneheliche und solche mit Waisenhauserziehung vor.[1])

Das Grundprinzip des Vagabundentums ist der ungezügelte Trieb zum tatlosen Umherwandern. Der Landstreicher hält es an keinem Platze lange aus, es treibt ihn wieder weiter. Der Sinn für Seßhaftigkeit, für Familienleben, für Anschluß an eine Gemeinschaft geht ihm vollkommen ab. Er ist ein Egoist, der nur für die Erhaltung seiner selbst Interesse hat, für die Erhaltung und Förderung der Art aber wertlos ist. Zu einer zielbewußten Arbeit, die zur Gründung einer wenn auch noch so bescheidenen

---

[1]) Pelman: Psychische Grenzzustände. Bonn 1910.

Existenz notwendig ist, kommt er aus freien Stücken nicht gibt er sich mit Arbeit ab, etwa als Kesselflicker, Schirmmacher oder Hausierer, so ist dies wohl meist nur ein Deckmantel für das Betteln oder ein Mittel, um die allernötigsten Lebensbedürfnisse befriedigen zu können. So lange dies ohne Arbeit geht, ist es ihm lieber.

Was sich der Vagabund sonst an gesetzlichen Uebertretungen, Vergehen und Verbrechen zuschulden kommen läßt, ist nicht primär bestimmend für sein Wesen. Das Betteln und Stehlen ist die Folge seines Vagantentriebes, der ihn zwingt, auf anderer Leute Kosten durch die Welt zu gehen; neigt er zu Gewalttätigkeiten, Körperverletzung, Raub, Totschlag, so bedingen dies Defekte, die er mit andersartigen Verbrechern gemein hat.

Der Trieb zum Vagabundieren an und für sich ist nun noch nicht der Ausdruck einer pathologisehen Seelenverfassung; er ist nicht fremdartig der menschlichen Natur, sondern dieser eigen und auch beim Normalen zu finden. Die Zigeuner zeigen den ungehemmten Trieb zum untätigen Umherziehen als Rasseneigentümlichkeit und bieten gleichzeitig einen negativen Beweis dafür, daß die Hemmung dieses Triebes eine große Bedeutung im Kampf ums Dasein hat, in dem sie eine so untergeordnete Rolle spielen. Je stärker die psychischen Hemmungen solcher instinktiven Triebe sind, um so höher der Kulturzustand des Individuums, um so besser die Rüstung für den Daseinskampf. Aber auch bei gut gehemmten Kulturmenschen ist dieser Trieb mehr oder weniger stark bemerkbar. Der wandernde Handwerksbursche, der fahrende Scholar, der Minnesänger usw. zeigt ihn am deutlichsten. Die Wanderlust steckt wohl in jedem Menschen und kaum einen gibt es, der nicht oft den Drang in sich fühlte, das Bündel zu schnüren und hinauszuziehen. Die Poesie ist voller Wanderlieder und als eine besondere Gunst Gottes wird es bezeichnet, hinausgeschickt zu werden in die weite Welt. Der Trieb steckt also mehr oder weniger stark in uns allen und wir schöpfen aus ihm in dem ungebundenen Verkehr mit der Natur eine Fülle von Bereicherungen und Erholung. Darin liegt der Segen der Ferienwanderungen und des zeitweisen Vagabundenlebens, das die Wandervögel und Pfadfinder unserer Jugendpflege führen. Aber die Hemmungen halten den Trieb in Schranken, daß er nicht unser ganzes Wesen beherrschen kann, daß wir ihm nur nachgeben, wenn wir es mit unseren übrigen Pflichten und Lasten vereinbaren können; sie verleihen so der Wanderlust ihre höheren ethischen Werte.

Der Vagabund besitzt diese Hemmungen nicht; sie sind bei ihm entweder gar nicht angelegt, oder nicht zur Entwicklung gekommen, oder wieder verloren gegangen. Wenn wir in der Mendelschen Untersuchungsreihe von den Geisteskranken absehen, bei denen das Fehlen der Hemmungen eben ein Symptom der Krankheit ist, so bleiben 5 Kategorien übrig, die aber nicht streng voneinander getrennt werden können, sondern zahlreiche

Berührungspunkte miteinander haben und ineinander übergehen. Zunächst können wir sie zwanglos in zwei Gruppen zusammenfassen, auf der einen Seite die Alkoholiker und erblich Belasteten, auf der anderen die Unehelichen und Waisenhauszöglinge. Daß die Alkoholiker und erblich Belasteten meist miteinander identisch sind, ist ebenso klar, wie daß die Unehelichen oft Waisenhauszöglinge sind. Aber auch beide Gruppen schließen sich gegenseitig nicht aus. Immerhin können wir aus dieser Einteilung ersehen, daß drei Momente für die Hemmungslosigkeit verantwortlich zu machen sind, der Alkoholismus, die erbliche Belastung und die eltern- und familienlose Erziehung, bei der leicht der Sinn für ein geordnetes Familienleben nicht zur Entwicklung kommt.

Daß bei erblich Belasteten, also in unserm Falle bei Kindern von Vagabunden, die Anlage der genannten Hemmungen, die wir uns ähnlich wie in den reflexhemmenden Fasern des Rückenmarks und in den Hemmungsfasern des Vagus oder wie die gegenseitige Hemmungswirkung der drüsigen Organe mit innerer Sekretion als Vorgänge auf rein materieller Basis in den Ganglienzellen des Hirns vorstellen können, fehlt, oder wenn aus älterer Aszendenz vererbt, nur sehr schwach angelegt und nicht ausgebildet ist, kann uns nicht Wunder nehmen; ebenso daß der chronische Alkoholgenuß mit vielen andern Hemmungen auch diese ausschalten kann. Ist es doch die Regel, daß der Alkoholiker arbeitsscheu wird, und von hier zum Vagabundieren ist nur ein kleiner Schritt. In den Fällen, in denen die Hemmungen wohl angelegt, aber nicht ausgebildet sind, können sie sich auch später noch durch Erziehungsmittel, Strafen, Zwangsarbeit, Versetzung in ein anderes Milieu und dergl. zur Entwicklung bringen lassen. Es sind dies die besserungsfähigen Fälle. Wo hingegen gar keine Anlage vorhanden ist, kann man wohl durch Zwangsmittel eine Besserung erzielen, aber nur solange diese wirken. Man kann also die fehlenden endogenen Hemmungen durch künstliche, ektogene ersetzen; sobald diese aber nachlassen, wird ein Rückfall in das alte Laster eintreten. Solche Vagabunden können in der Arbeitsanstalt ein ganz geordnetes und arbeitssames Leben führen, doch mit dem Tage der Entlassung fallen sie wieder dem Vagabundentum anheim. So erzählt Pelman[1]) von einem Landstreicher, der eines Morgens, nach guter und ungewöhnlich fleißiger Führung mit 100 Mark Ueberverdienst entlassen, nichts eiligeres zu tun hatte, als das Musikkorps des Städtchens herbeizutrommeln und durch alle Wirtshäuser zu ziehen, bis der letzte Pfennig verjubelt war. Auf der Grundlage dieses für seine Verhältnisse großen Besitztums hätte er sich leicht ein neues geordnetes Leben gründen können; es fehlte ihm aber jeder Sinn hierfür. Er wäre jetzt nicht mehr mittellos gewesen; daß er Arbeitskraft und Geschicklichkeit

[1]) l. c.

besaß, hat er in der Anstalt gezeigt, aber der Trieb zur freien Wanderschaft war zu mächtig in ihm, und mit dem Moment des Aufhörens der ektogenen Hemmungen war der status quo ante auch wieder hergestellt. — Aus ähnlichen Erwägungen kann man sich auch die leider nur zu oft so mangelhaften Dauererfolge der Besserungsanstalten erklären. Im Keime angelegte, also endogene Hemmungen können hier wohl zur Entwicklung gebracht werden, nie aber solche in die Seele hineingepflanzt werden, die nicht wenigstens im Keime angelegt waren.

Nicht nur die Neigung zu Laster und Verbrechen, sondern das ganze Triebleben wird durch solche Hemmungsvorrichtungen im Gleichgewicht gehalten; ihre mannigfaltige Intensität beim einzelnen Individuum findet im Charakter des Einzelnen ihren Ausdruck. Aus Zweckmäßigkeitsgründen haben sich die Hemmungen in fortlaufender Entwicklungsreihe gebildet, in ihrem Dienste, in ihren Urformen alle mehr oder weniger auf die Erhaltung und Höherentwicklung der Art gerichtet. Die einmal erworbenen Hemmungen werden in der Anlage von Generation zu Generation fortgesetzt und durch Erziehung im weitesten Sinne zur Ausbildung gebracht, oder sie bleiben im Keime schlummernd, wenn sie nicht durch Momente, wie oben angegeben, gänzlich zum Ausfall kommen.

An der Hand eines praktischen Falles aus meiner gerichtsärztlichen Tätigkeit möchte ich auf den Entwicklungsgang eines Vagabunden näher eingehen, der zeigt, wie der Unglückliche durch Geburt und Erziehung zu einer derartigen seelischen Entwicklung hat kommen müssen, daß sein späteres Leben sich nur noch auf der Landstraße oder im Gefängnis und im Arbeitshaus hat abspielen können. Die juristische Seite des Falles war einfach und bedeutungslos. Der Mann war wegen wiederholten Bettelns, Obdachlosigkeit, Diebstahls und Körperverletzung oft vorbestraft und sollte jetzt wegen Bettelns wieder einmal dem Arbeitshause überwiesen werden. Er war innerhalb 25 Jahren von 14 Gerichten mit Freiheitsstrafen von insgesamt 20 Jahren belegt worden und hatte mehrfache Ausbruchsversuche aus den Arbeitshäusern unternommen; in seinem Wanderbuch finden sich Eintragungen aus fast allen Ortschaften zwischen Hamburg und Straßburg. Da er bei der Vernehmung dem Amtsrichter nicht normal erschien, wurde eine gerichtsärztliche Untersuchung veranlaßt, bei der ich Gelegenheit hatte, interessante Wahrnehmungen über seinen ganzen Lebens- und Entwicklungsgang zu machen. Es sei vorausgeschickt, daß er außer einigen neurasthenischen Symptomen, die er zweifellos seiner langen Gefängniszeit zu verdanken hatte, keinerlei krankhafte Erscheinungen, keine Degenerationszeichen darbot, und daß auch keine geistigen Störungen vorlagen.

Der betreffende Mann war unehelich geboren, von seinem Vater weiß er nur, daß er französischer Soldat gewesen ist. Die Mutter kümmerte sich fast nicht um ihn. Er wurde zunächst bei fernstehenden Verwandten und Fremden aufgezogen und hier schon frühzeitig mit niederen Arbeiten beschäftigt; sonst wurde er ziemlich vernachlässigt. Er wanderte oft aus einer Hand in die

andere, hat viel harte und lieblose Behandlung erfahren und mußte oft Hunger leiden. Da er keine Aufsicht hatte, war sein Schulbesuch oft unregelmäßig; daher lernte er wenig und wurde oft bestraft. Später kam er in ein Waisenhaus, wo er aber auch schlecht behandelt wurde und von älteren Kameraden lernte, nachts in die Brotkammer einzusteigen, um sich satt zu essen.

Mit 15 Jahren kam er zu einem Bäcker in die Lehre. Hier hatte er die ersten guten Tage in seinem Leben; das Lernen machte ihm Freude und die Arbeit ging ihm gut von der Hand. Als er ausgelernt hatte, kam er in andere Stellen und war überall als Geselle gern gesehen. Um aber dem ewigen Drängen seiner Mutter und seiner Verwandten um Geld aus dem Wege zu gehen, wollte er heimlich nach Frankreich entweichen; an der Grenze wurde er jedoch sistiert und als mittelloser Auswanderer seiner Heimat wieder zugeführt. Hier kam er arm und hungrig in schlechte Gesellschaft, beging einen Diebstahl, wegen dessen er zu 8 Monaten Gefängnis verurteilt wurde. Nach dieser Strafe war es ihm nicht mehr möglich, wieder eine ordentliche Arbeitsstelle zu finden. Er begab sich auf die Wanderschaft, und nun fingen die Bestrafungen wegen Bettelns und Obdachlosigkeit an. Schließlich gelang es ihm aber doch, auf ehrliche Weise eine Summe zusammenzubringen, mit der er nach Amerika auswandern konnte. Hier ging es ihm als Dockarbeiter ausnehmend gut; er hatte reichliches Verdienst und konnte nach einigen Jahren mit seinen Kameraden zusammen eine Reise nach Europa unternehmen. In Hamburg verfiel er aber wieder dem alten Leichtsinn, verjubelte all sein bares Geld und konnte nicht wieder nach Amerika zurück. Als obdachlos aufgegriffen, stellte sich bald heraus, daß er seinen Auswanderungsurlaub — er stand noch im Militärverhältnis — um ½ Jahr überschritten hatte. Nach einer längeren Freiheitsstrafe kam er wieder auf die Walze; jetzt häuften sich die Strafen wegen Bettelns; mehrfach kam er in den nächsten Jahren auch in Arbeitshäuser. Trotdem strebte er immer noch nach Arbeit und Verdienst. So wurde er einige Zeit in einer chemischen Fabrik beschäftigt, wo er sich ein schweres Ekzem zuzog, wegen dessen er für längere Zeit in die Klinik mußte, sodaß er diese Stelle wieder verlor. Dann kam er Ende Sommer zu einer Tiefbaugesellschaft, wurde aber im Winter, als die Arbeiten eingeschränkt wurden, wieder entlassen, da nur die Arbeiter, die schon länger dort beschäftigt waren, beibehalten wurden. So lag er wieder auf der Landstraße und kam bald darauf für ein Jahr ins Arbeitshaus. Er hoffte jedoch, wieder bei der Tiefbaugesellschaft angestellt zu werden, und dachte sich, wenn er im Frühjahr einträte, könne er auch den folgenden Winter dort bleiben. Da er aber erst Anfang Winter entlassen werden sollte, machte er einen Ausbruchsversuch, der mißlang. Als er dann schließlich entlassen wurde, mußte er sich den Winter hindurch herumtreiben, immer mit dem Ziel im Auge, im Frühjahr bei der Tiefbaugesellschaft angestellt zu werden und dann dort ein längeres Unterkommen zu finden. Er glaubte eben, wenn er erst einmal längere Zeit ununterbrochen an einer Stelle gearbeitet und gute Zeugnisse erworben habe, auch wieder in seinem Handwerk, an dem er immer noch mit einer gewissen Liebe hing, unterkommen zu können. Mehrere Gefängnisstrafen hatte er schon hinter sich, als der Frühling näher kam; da ereilte ihn sein Schicksal, das drohende Arbeitshaus, wieder und vereitelte seine Pläne.

Wenn ich mir noch bewußt bin, daß die Schilderungen des Mannes stark subjektiv gefärbt sein mögen und daß manche Uebertreibungen und Verdunkelungen zu seinen Gunsten darin enthalten sind, so läßt sich doch mit einiger Kritik ein Kern herausschälen, der uns eine klare Uebersicht über die Verhältnisse gestattet. Wir sehen bei Betrachtung seines Lebenslaufes, daß es sich nicht um einen reinen Vagabunden mit absoluter Hemmungslosigkeit handelt; denn er hat entschieden den Trieb zur Arbeit und hat ihn auch mehrfach mit Erfolg betätigt. Es sind aber die Hemmungen gegen das Vagabundieren bei ihm nicht genügend zur Ausbildung gekommen. Er hat von frühester Jugend auf nie ein Heim, nie das Gefühl der Zugehörigkeit zu einer Familie

kennen gelernt; er hat nur Furcht und Haß gegen seine nächste Umgebung, auf die er angewiesen war, empfunden; demzufolge hat sich bei ihm nie der Trieb zur Gründung eines eigenen Familienlebens, eines Heims gezeigt. Als uneheliches Kind mag er wohl manche Defekte vom Vater und Mutter ererbt haben, die sich z. B. bei seinem Diebstahl, seinem Leichtsinn und seiner Energielosigkeit zeigen, so daß es erklärlich ist, daß auch die Hemmungen gegen das Vagabundieren recht schwach angelegt waren. Trotzdem aber hätten sie sich in geeigneter Behandlung ausbilden können, wie seine Lehrlingszeit bei seinem ersten Meister zeigt. Jedesmal, wenn es ihm trotz seiner Energielosigkeit gelingt, in günstige Verhältnisse zu kommen, zeigen sich die Hemmungen wirksam. Sobald er aber durch einen unglücklichen Zufall aus den Fahrwasser geworfen wird, fällt er wieder in seine Schwäche zurück. Er selbst scheint dies zu empfinden und zu wissen, daß er sich nur an einem Platze durchsetzen kann, an dem er dauernd aufgehoben ist. Es besteht also trotz allem ein dunkler, unbewußter Drang zur Seßhaftigkeit und das Empfinden der Notwendigkeit hierzu zur Erhaltung seiner Existenz; daher immer wieder das Streben nach der Tiefbaugesellschaft, bei der er schon einmal gute Erfahrungen gemacht hat. Um aber etwas Neues ausfindig zu machen, dazu fehlt es ihm an der nötigen Energie.

Die Prognose scheint in diesem Falle nicht ganz ungünstig. Da Spuren der Hemmungen vorhanden sind, kann es sein, daß es ihm unter günstigen äußern Verhältnissen gelingt, sich wieder zur Seßhaftigkeit durchzuarbeiten. Es wird aber stets ein sehr labiler Gleichgewichtszustand bleiben, so wie er es auch in der früheren guten Periode gewesen ist. Wäre er als Kind rechtzeitig in eine geeignete Fürsorgeerziehung gekommen, so hätte vielleicht etwas brauchbares aus ihm werden können. Daß das Arbeitshaus mit seiner Beschränkung der persönlichen Freiheit kein geeignetes Milieu für ihn ist, hat die Erfahrung gelehrt; das kann in derartig gelagerten Fällen nur als Mittel zur Unschädlichmachung, nicht aber zur Besserung aufgefaßt werden.

Zum Schlusse sei bemerkt, daß auf meine in diesem Sinne gehaltenen Ausführungen das Gericht sich bewogen sah, von der Ueberweisung an das Arbeitshaus abzustehen und die Gefängnisstrafe durch die Untersuchungshaft als gebüßt zu erachten, um den Angeklagten in seinen Plänen nicht zu stören und ihm den möglichen Weg zur Besserung nicht zu verlegen.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Untersuchungen über eine neue chemische Blutreaktion. Von Dr. Aug. Bellussi-Rom. Archivio di Antropologia criminale, Psichiatria etc.: 1911, Heft 6.

Eine neue von Ganassini angegebene Blutprobe wurde vom Verfasser

nachgeprüft und als bewährt festgestellt. Diese Probe besteht darin, daß 0,20 g. Eosin in 200 g einer 20%igen kaustischen Sodalösung gelöst werden, wodurch eine intensiv indigoblaue Farbe entsteht, diese Lösung in ein Glas mit 55 ccm reiner Salzsäure getan und die nun orangegelb gewordene Flüssigkeit filtriert, das Filtrat mit destilliertem Wasser gewaschen und mit 25 ccm eines 95%igen Alkohols extrahiert wird. Mit diesem Reagens gelang es bei alten und neuen Blutflecken auf Stoffen, Möbeln, Holz, Papier usw., eine schnelle Reaktion — gelbliche bis rötliche Färbung — zu erzielen. Dagegen ergab sich bei anderen organischen Substanzen wie Speichel (Sperma) keine solche Reaktion, wie sie bei den Proben nach van Deen und der Benzidinprobe nach Adler-Assarelli eintritt.

Hiernach ist die genannte Probe, wenn sie auch keine absolute Spezifität besitzt, doch den anderen Reaktionen überlegen.

Dr. Solbrig-Königsberg.

Ueber die individuelle Diagnose des menschlichen Blutes. Von Dr. Baecchi-Parma. Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin; 63. Jahrgang, 1912, Heft 2.

Verfasser hat genauere Untersuchungen über Isoagglutinine des Blutes und ihre Verwendbarkeit zur individuellen Blutdiagnose gemacht. Er faßt seine Erfahrungen, wie folgt, zusammen:

1. Die Isoagglutination ist eine regelmäßige Erscheinung im Blute gesunder und kranker Individuen.

2. Im getrockneten Blute der Flecken bewahren die Isoagglutinine lange ihr Agglutinationsvermögen unverändert; sie widerstehen auch der Fäulnis und werden durch ½stündiges Erhitzen auf 56° C. leicht abgeschwächt.

3. Sowohl die isoagglutinierende Fähigkeit des Serums, als der Grad der Agglutinierbarkeit der Blutkörperchen erhalten sich lange Zeit hindurch konstant bei demselben Individuum.

4. Unter normalen Verhältnissen treten keine Autoagglutinationserscheinungen ein.

5. Bei Neugeborenen fehlen die Isoagglutinine fast konstant, oder es sind nur Spuren davon vorhanden.

6. Jedes menschliche Blut zeigt eine ausgeprägte Individualität in seinem isoagglutinierenden Eigenschaften.

7. Es ist wenigstens in der großen Mehrzahl der Fälle möglich zu entscheiden, ob ein bestimmter Blutflecken von einer bestimmten Person stammt oder nicht.

8. Unter günstigen Umständen ist es noch möglich, die direkte Provenienz des Blutes von einer bestimmten Person festzustellen, d. h. zur individuellen Diagnose zu gelangen.

Rpd. jun.

Der Tod durch Elektrizität. Von Oberarzt Dr. Mangelsdorf-Cöln. Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin; 62. Jahrgang, 1911, Heft 6 und 63. Jahrgang, 1912, Heft 1.

Ausführliche und zusammenfassende Abhandlung über das Zustandekommen, die Symptome und die Bedeutung des Todes durch Elektrizität; insbesondere wird auf die dem Gerichtsarzt interessierenden Fragen Rücksicht genommen. Das eigentliche Wesen, der Mechanismus des Todes durch Elektrizität ist heute noch nicht genügend geklärt, eine pathologisch-anatomische Diagnose wird man vielfach noch nicht stellen können; jedoch kann man unter richtiger Würdigung der verschiedenen Symptome und Merkmale doch fast immer die forensiscbe Diagnose stellen. Wichtig ist, möglichst bald nach dem Unfall die Leichenöffnung zu machen und eine mikroskopische Untersuchung des Zentralnervensystems vorzunehmen, um durch möglichst viele Untersuchungen festzustellen, ob dem bisher gefundenen histologischen Befunden wirklich eine praktische Bedeutung zukommt und sie für forensische Zwecke brauchbar sind.

Rpd. jun.

Die akute Erblindung durch Methylalkohol. Von Prof. Dr. Erich Harnack in Halle. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 36.

Verfasser verbreitet sich in höchst interessanten Ausführungen zunächst

über den kausalen Zusammenhang zwischen Methylalkoholvergiftung und akuter Erblindung und geht dann näher auf die unmittelbare Ursache der Erblindung ein. In ähnlicher Weise bespricht Verfasser auch noch andere, die akute Erblindung hervorrufende Gifte, wie salpetrige Säure mit verwandten Verbindungen, gewisse arsenorganische Substanzen, wie Atoxyl, ferner Filix mas, Chinin und Kokain. Von den im Gefolge chronischer Vergiftungen sich einstellenden schweren Sehstörungen (nach Alkohol-, Tabak-, Blei-, Mutterkorn-, Schwefelkohlenstoff-, Kohlenoxyd-, Pilz-, Santonin-, Atropin-, Pilokarpin-Vergiftungen) glaubt Verfasser absehen zu sollen.

Zusammenfassung: Von denjenigen Giften, die akute toxische Erblindung erzeugen können, haben die sonst heterogenen Substanzen: Methylalkohol, salpetrige Säure etc., und Atoxyl etc, das eine Moment gemeinsam, daß es sich dabei um die Wirkung aktivierten Sauerstoffs in den nervösen Elementen des Auges handeln kann. Die Erblindung erfolgt hier, soweit festgestellt, durch akute entzündlich-degenerative Prozesse, von denen jene Nervenelemente betroffen werden.

Bei anderen Giften dagegen, namentlich dem Chinin, Kokain und wahrscheinlich auch dem Filix mas, erfolgt die akute Erblindung, wie von ophthalmologischer Seite festgestellt worden ist, auf einem ganz anderen Wege, nämlich durch heftigen Krampf der retinalen Gefäße, der ähnlich wie die Embolie der zentralen Arterie zur Gefäßveränderung mit nachfolgender Atrophie der Nervenelemente führen kann. Dr. Waibel-Kempten.

Ein Todesfall nach dem Genuß von Methylalkohol enthaltendem Schnaps. Von Oberarzt Dr. Schlichting. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 32.

26jähriger Schriftsetzer, der mit der Diagnose Morphium- oder Nikotinvergiftung in das Krankenhaus eingeliefert war. Die Pupillen waren lichtstarr, die Reflexe erloschen. $2^1/_2$ Stunden nach der Aufnahme starb der Mann. Die Sektion ergab: Akute Gastroenteritis, akute parenchymatöse Nephritis, Lungenödem, Hyperämie der Halsorgane und der Lungen, Herzhypertrophie. Im Mageninhalt wurden Auton, Aethylalkohol und Methylalkohol nachgewiesen. Vor seinem Tode hatte der Mann Heringe, 10 Flaschen Bier und 250 g Schlesischen Korn, in dem Methylalkohol nachgewiesen werden konnte, zu sich genommen. Da der Schnaps viel genossen wird, so erscheint es Verfasser auffallend, daß nicht noch mehr Fälle bekannt werden. Das führt ihn zu der Vermutung, daß der Methylalkohol nur unter gewissen Umständen, z. B. nach Genuß von Fischen, giftig sei. Rpd. jun.

---

1. Dosierung kleiner Mengen von Methylalkohol im Blute und in den Geweben. Dosierung seines Dampfes in der Luft. Mittel, den Methylalkohol zu charakterisieren. Von Maurice Nicloux. Travail du laboratoire de physiologie générale du museum d'histoire naturelle Paris. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXIII, 1912 Juli, Nr. 1.

2. Vergleichende Giftwirkung und Ausscheidung von Methyl- und Aethylalkohol. Von Maurice Nicloux und André Placet. Ebenda.

1. 10 ccm Blut mit der 6—7fachen Menge seines Volums wird mit gesättigter Pikrinsäure-Lösung und etwas Pikrinsäure in Natur versetzt und destilliert. Man erhält das Fünftel des Volums, das der Destillation ausgesetzt war — dieses enthält sämtlichen Alkohol. Für Urin und andere Körperflüssigkeiten genügt gleiche Menge Pikrinsäurelösung und etwas Pikrinsäure in Natur; Gewebe werden in Pikrinsäure gelöst und fein zerschnitten. Der Methylalkohol wird wie der Aethylalkohol nach der Methode des Autors mit Bichromat bestimmt, die in dieser Zeitschrift 1907, S. 280 wiedergegeben wurde. Sei V das Volum des Destillats und n die Menge Bichromat, die nötig ist, um die grüngelbliche Farbe zu erreichen, so ist Methylalkohol in ccm $= \frac{V \times n}{2000}$, Aethylalkohol $\frac{V \times n}{1000}$ ccm in 5 ccm Destillat enthalten.

Aus der Menge des angewandten Bichromats läßt sich die bei Oxydation durch Bichromat und Schwefelsäure verbrauchte Sauerstoffmenge berechnen:

aber auch die erzeugte CO_2 läßt sich bestimmen. Das Verhältnis beider zueinander ist spezifisch für die zu analysierende Substanz, also auch für Methylalkohol.

2. Die Schädlichkeit des Methylalkohols ist bedingt durch die Unfähigkeit des Organismus, ihn ebenso rasch zu eliminieren, wie den gewöhnlichen Weingeist. Beim Hunde wird Aethylalkohol in Mengen von 5 ccm pro Kilo Körpergewicht in 23 Stunden ausgeschieden; Methylalkohol dagegen ist nach 5 Tagen noch nicht aus dem Organismus verschwunden. Er findet sich noch in Menge von 0,06 ccm auf 100 ccm Blut, in ähnlicher Menge in Hirn und Leber. Auch beim Kaninchen, das nach Gréhant den Aethylalkohol rascher, als der Hund ausscheidet, findet eine Verzögerung der Methylalkoholelimination statt, gegenüber der Aethylalkoholausscheidung. Der Tod tritt ein, wenn das Blut 1,34 ccm reinen Methylalkohol enthält.

Diese Versuche über die Ausscheidungsverhälsnisse erklären die weiteren von den Verfassern erhobenen Befunde, die verblüffend wirken: In massiven Dosen ist der Methylalkohol weniger toxisch, als der Aethylalkohol; in wiederholten Gaben dem Kaninchen dagegen einverleibt, ist die Toxizität des Methylalkohols größer. Dr. Mayer-Simmern.

Ueber die in natura durch Lunge, Haut und Harn ausgeschiedene Menge Methylalkohol nach Injektion. Verbrennung im Organismus. Von Maurice Nicloux und André Placet. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXIII, 1912, Nr. 27.

Die Versuche sollten die Frage entscheiden, ob die langsame Elimination des Methylalkohols mit einer langsameren oder unvollständigen Verbrennung desselben im Organismus gleichen Schritt hielt. Es ergab sich:

1. Beim Kaninchen, bei dem die Ausscheidung ziemlich rasch vor sich geht, ist die Verbrennung oder Transformation des Methylalkohols ziemlich vollständig. (Schon Pohl hatte 1893 nachgewiesen, daß nach Aufnahme einer großen Menge von Methylalkohol ein Teil in den nächsten Tagen als Alkali-Formiat im Harn nachweisbar ist).

2. Beim Hunde dagegen, bei dem die Elimination außerordentlich langsam vor sich geht, ist die Verbrennung oder Umwandlung verlangsamt und erreicht je nach den aufgenommenen Mengen Werte von 70 bis 75 %.

Beim Aethylalkohol dagegen werden sowohl beim Kaninchen, als beim Hunde 95 % verbrannt.

So wesentlich die Aufspeicherung des Methylalkohols im Organismus für die Erklärung der schädlichen Wirkungen ist, so erklärt sie doch die beobachteten Vergiftungsfälle nicht ausreichend. Die Autoren nehmen an, daß die Berliner Epidemie von 1911 zum großen Teil auf Verunreinigungen zurückzuführen sei, die sich gewöhnlich im geringwertigen Methylalkohol finden.

Dr. Mayer-Simmern.

Ein Fall von Wurzelneuritis nach akuter Kupfervergiftung. Von Dr. Franz Patschke. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; Nr. 9.

Bei den akuten Kupfervergiftungen, die nach v. Jaksch durch Verfälschung von Nahrungsmitteln auftreten können, stehen die Symptome von seiten des Magen-Darmkanals im Vordergrund; erst bei ungünstig verlaufenden Fällen treten nervöse Symptome, wie Krämpfe und Lähmungen der Extremitäten hervor. Solche akute Vergiftungen können nach v. Nothnagel und Roßbach nur nach dem Genusse kleiner Kupfermengen auftreten, da anderseits sofort Erbrechen eintreten würde, wodurch der giftige Inhalt aus dem Magen entfernt wird, bevor das Gift vom Organismus aufgenommen werden konnte.

Ueber die nervösen Erscheinungen chronischer Kupfervergiftungen haben v. Jaksch und in letzter Zeit Auerbach je 1 Fall beschrieben. Verfasser schildert nun seine eigenen Erfahrungen an einem einschlägigen Falle, in dem, abgesehen von den allgemeinen nervösen Symptomen eine Wurzelneuritis des I. und II. Dorsaldegments auftrat, die sich durch Herabsetzung der Sensibilität und Schwäche der linken Hypothenarmuskulatur charakterisierte. Es handelte sich hierbei um eine akute Kupfervergiftung, die nach dem Genusse von

Backobst und Klößen erfolgte und sich mit heftigem Erbrechen mit bald darauf eintretender Benommenheit und völliger Bewußtlosigkeit einstellte.

Dr. Dörschlag-Bromberg.

Ueber Verblutung unter und gleich nach der Geburt vom gerichtsärztlichen Standpunkt. Von Dr. Nieszytka-Bladiau. Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin; 62. Jahrg., 1911, Heft 6, 63. Jahrg., 1912, Heft 1.

Verfasser verbreitet sich zuerst über die Frage: „Was ist Verblutung" und bespricht die einzelnen Merkmale des Verblutungstodes. Der Tod an Verblutung verursacht eine Reihe von Leichensymptomen, aber keins ist absolut beweisend. Zur Sicherung der Diagnose ist eine Kombination mehrerer Symptome notwendig. Verfasser geht dann weiter auf den Verblutungstod der Neugeborenen, auf die verschiedenen Arten und seine Entstehungsursache ein. Verblutungen während der Geburt sind relativ selten; hauptsächlich entstehen sie infolge insertio velamentosa der Nabelschnur. Häufiger sind Fälle von Verblutung nach der Geburt; hier spielen Organrupturen besonders der Leber und Blutungen aus der Nabelschnur die Hauptrolle. Eine richtige Bewertung aller Momente ist speziell bei der Frage des Kindsmordes sehr wichtig.

Zum Schluß bespricht dann Verfasser die Verblutung der Kreißenden. Hier handelt es sich fast ausschließlich, wenigstens in allen Fällen, die zur gerichtsärztlichen Beurteilung kommen, um Fahrlässigkeit oder Kunstfehler von Arzt, Hebamme oder Pfuscher. Die Verblutung kommt zustande durch Verletzungen der Scheide oder der Gebärmutter oder durch Störungen in der Nachgeburtsperiode. Rpd. jun.

Die Geschlechtskrankheiten als gesetzlicher Grund zur Lösung der Verlobungen und Trennung der Ehen. Von Prof. Dr. Julius Heller, Charlottenburg-Berlin. Vortrag, gehalten während der ärztlichen Studienreise nach Amerika, September bis Oktober 1912. Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin; 1912, Nr. 19.

Bekanntlich ist die Syphilis von der Neuen Welt in die alten Kulturländer durch Matrosen eingeschleppt und hat jetzt eine übergroße Verbreitung erlangt. Sie stellt einen absoluten Scheidungsgrund nicht dar, wohl aber kann sie zum relativen Scheidungsgrund werden. Praktisch sind folgende Fälle denkbar:

A. Der syphilitische Ehegatte kennt seine Krankheit, macht vor Abschluß der Ehe dem anderen Mitteilung. Die Ehe ist unanfechtbar und nicht zu scheiden (vergl. aber später).

B. Der syphilitische Ehegatte kennt seine Krankheit nicht (Syphilis insontium, hereditäre Syphilis, vom syphilitischen Ehegatten infizierte Witwe, die keine Kenntnis von der Art der Krankheit hat), genügt dementsprechend nicht der Offenbarungspflicht. Die Ehe ist anfechtbar. Der syphilitische Ehegatte kann auf die Vorteile Anspruch machen, die ihm aus einer Ehescheidung, in der er der unschuldige Teil war, erwachsen wären. Nach Ansicht der Kommentatoren genügt nicht ein „Kennenmüssen"; eine Kenntnis ist erforderlich (§ 1346 Abs. 2).

C. Der syphilitische Ehegatte kennt seine Krankheit, macht keine Mitteilung vor der Ehe. Die Ehe ist anfechtbar. Der bei Beginn der Ehe gesunde Ehegatte kann die Behandlung nach den Grundsätzen des Scheidungsrechtes verlangen; er würde dann als der unschuldige Teil anzusehen sein.

Das B.-G.-B. will also den gesund in die Ehe getretenen Ehegatten vor den Gefahren der Geschlechtskrankheiten schützen, und dieser Schutz muß auch für die Verlobten bestehen. Wenn ein gesunder Verlobter von der Verlobung zurücktritt, weil der andere Teil geschlechtskrank ist, so ist er selbstverständlich zum Schadenersatz nicht verpflichtet; denn eine Geschlechtskrankheit ist ein wichtiger Grund für den Rücktritt.

Wie aber steht es mit den geheilten Heiratskandidaten? Da ist die Frage: „Was ist Heilung?" Im juristischen Sinne können diese Kranken nicht als geheilt angesehen werden. Die Wassermannsche Reaktion, so wichtig sie sonst ist, hat diese Frage eher verwirrt als geklärt. Was fordert die Gesetzgebung von dem früher krank gewesenen Heiratskandidaten, der sich vor den Folgen einer Eheanfechtung schützen will? Eine Offenbarungspflicht

kennt die Gesetzgebung nicht; unterbleibt also die Offenbarung, so wird das Gericht zwei Punkte bei einer event. Klage, d. h. sowohl nach dem persönlichen, als nach dem sachlichen Maßstabe, berücksichtigen müssen. In erster Hinsicht kommt in Betracht, ob die persönlichen Eigenschaften des nicht offenbarenden Ehegatten den anderen von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden, während nach der sachlichen Seite hin das Gericht die alltägliche Lebenserfahrung insofern verständig würdigen muß, als gewisse Enttäuschungen über Charaktereigenschaften des anderen Teils usw. kaum ganz ausbleiben werden. Nach einer Reichsgerichtsentscheidung schließt auch der Umstand, daß ein Arzt dem geschlechtskranken Manne zu heiraten gestattet hat, nicht seine Leichtfertigkeit bei Aufnahme des ehelichen Geschlechtsverkehrs aus, falls der Arzt den Mann gleichzeitig darauf hingewiesen hat, daß der Geschlechtsverkehr ansteckend sei.

Die „Offenbarung“ hat jedoch auch ihre Schattenseiten; denn sie kann in der Hand des nicht krank gewesenen Ehegatten zur furchtbaren Waffe werden, indem jede eigene, jede Krankheit der Kinder usw. als Schuld des früher kranken Ehegatten angesehen wird. Derartige Vorgänge werden sich allerdings nur in unharmonischen Ehen abspielen. Wenn aber die Offenbarungspflicht gefordert würde, würden sicher sehr viele Ehen nicht zustande kommen, während auf der anderen Seite ernste, sich ihrer Verantwortung bewußte Männer lieber vielleicht auf die Ehe verzichten, als sich der Offenbarungspflicht fügen würden. Man muß eben berücksichtigen, daß Gonorrhoe und Syphilis doch immerhin relativ heilen, und daß das Versagen der Heiratserlaubnis auf der anderen Seite ein furchtbarer Eingriff in ein Menschenschicksal ist, zumal die Zahl der Fälle, wo gut und ausreichend behandelte Geschlechtskranke ihre Frau infizieren, äußerst minimal ist.

In einer nach Urteil der Sachverständigen relativ geheilten Geschlechtskrankheit kann man eine unerhebliche persönliche Eigenschaft sehen, während die event. infektiöse Geschlechtskrankheit eine erhebliche persönliche Eigenschaft darstellt. Hier wäre die Offenbarungspflicht nötig, während sie bei der erstgenannten Form nicht zu finden ist. Dr. Hoffmann-Berlin.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Ueber den Hirnbefund bei der Korsakowschen Psychose. Jenaer Inaugural-Dissertation von Ulrich Vollrath; 1912.

In Uebereinstimmung mit Thoma spricht sich Vollrath auf Grund des von ihm bearbeiteten Falles dahin aus, daß die Korsakowsche Psychose anatomisch charakterisiert wird durch eine allgemeine Degeneration der Gehirnganglienzellen, durch einen diffusen Schwund der Fibrillen und Markfasern im Gehirn, durch wahrscheinlich reaktive Wucherung der Glia und durch Vermehrung der Gefäße. Dr. Paul Schenk-Berlin.

Ein Fall von akuter Psychose nach chronischem Veronalgebrauch. Von Dr. Hans Laehr in Schweizerhof. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 69. Band, 4. Heft.

Laehr veröffentlicht einen Fall von akutem Irresein nach 6½jährigem Veronalgebrauch. Der Fall war dadurch besonders interessant, daß er auf der Höhe der Erkrankung große Aehnlichkeit mit dem alkoholischen Delirium und in den letzten Tagen mit dem hallizunatorischen Wahnsinn der Trinker zeigte. Die Psychose kam zur Genesung.

Dr. Többen-Münster.

Ein Fall von Geistesstörung als Folge chronischen Chloralmißbrauches. Von Dr. Josef Fröhlich, k. k. Polizei-Oberbezirksarzt in Wien. Der Amtsarzt; 1912, Nr. 4.

Es handelt sich um die Folgen des 9jährigen Gebrauchs von „Bromidia“ in Mengen von 10 Theelöffeln, ja bis zu ½ Flasche pro Tag. Die amerikanische Spezialität wird in ca. 150 g fassenden Flaschen verkauft; 1 Theelöffel enthält 1,25 Chloralhydrat und je 0,01 Extr. Cannab. und Hyosc. — Während sonst bei chronischer Chloralvergiftung Haut- und andere körperliche Symptome charakteristisch sind, traten im vorliegenden Falle nur psychische Störungen auf und zwar im Sinne einer dem chronischen Alkoholismus ähnelnden Psychose

mit Reizbarkeit, Aufregungszuständen, Eifersuchts- und Verfolgungswahn. Auch Abstinenzerscheinungen mit den charakteristischen Gesichts- und Gehörshalluzinationen der Alkoholiker fehlten nicht. Dr. Hösch-Pasing.

Ueber die Entstehungsursachen des chronischen Alkoholismus und speziell über die Bedeutung des chronischen Alkoholismus in der Psychiatrie. Von Franz Appel. Medizinische Dissertation. Würzburg, 1911.

Der Verfasser beschäftigt sich besonders mit der wichtigen Frage, welche Geisteskrankheiten bei Trinkern durch den Alkohol hervorgerufen werden, die endogen bedingt sind. Die Extreme der geltenden Ansichten werden hier einerseits durch Kraepelin, anderseits durch Stöcker repräsentiert. Nach Kraepelin verändert der Alkoholgenuß in jedem Falle das Seelenleben krankhaft, nach Stöcker dagegen ist der Alkoholismus stets die Folge einer krankhaften Anlage, nicht aber die Ursache einer oder mehrerer charakteristischen Psychosen. Zwischen diesen beiden Extremen dürfte die Wahrheit liegen. Sicherlich ist nur der Alkohol die Ursache der als Rausch bezeichneten transitorischen Geistesstörung; auch gibt es ferner einen normalphysiologischen chronischen Alkoholismus, den professionellen der Gastwirte, Weinreisenden, Bierkutscher. Anderseits wird z. B. der Korsakoffsche Symptomenkomplex mit Unrecht als eine chronische Alkoholpsychose im engeren Sinne aufgefaßt. Auch das Bestehen einer echten Alkoholepilepsie ist noch sehr zweifelhaft. Der Zusammenhang zwischen Dipsomanie und Epilepsie, den besonders Gaupp behauptet hat, ist nach den Würzburger Erfahrungen nicht vorhanden. Unter den sämtlichen in Würzburg klinisch beobachteten Dipsomanen befand sich kein einziger Epileptiker.

In außerordentlich vielen Fällen ist nach Prof. Reichardt das Großhirn bei chronischem Alkoholismus überhaupt nicht in einer irgendwie ersichtlichen Weise chronisch geschädigt. „Wenn der chronische Trinker sein Delirium tremens hinter sich hat, so ist er genau so geistesgesund wie zuvor.“ So urteilen drei an den drei bayerischen Universitäten tätige Psychiater über die Frage nach chronischen, ausschließlich durch den Alkohol hervorgerufenen Psychosen ganz verschieden: Kraepelin: Chronischer Alkoholismus führt regelmäßig zu geistigen Störungen, Reichardt (Würzburg): In sehr vielen Fällen bleibt jegliche chronische Geistesstörung aus; Stöcker (Erlangen): Der chronische Alkoholismus führt für sich allein niemals zur Psychose.

Appel führt recht instruktive Beispiele von periodisch-maniakalischem oder zirkulärem Irresein, von Paranoia, Dementia praecox, Psychopathia degenerativa an, bei denen der Alkoholismus als Symptom oder geistige Störung erscheint.

Es ist zu unterscheiden zwischen dem psychisch motivierten und dem nicht psychisch motivierten Alkoholismus. Krankhafte Stimmungsanomalien als das Primäre bedingen sekundär auf psychischem Wege Alkoholismus. Dieser durch psychischen Zwang entstandene Alkoholismus ist z. B. der Prozessiersucht und dem Wandertrieb mancher Maniakalischer und Epileptischer gleichzusetzen. Psychisch motiviert ist ferner der Alkoholismus bei krankhafter Willensschwäche. Beim Mangel an Kraft zu vorwärtsstrebender, gezügelter Lebensführung und daraus entstehender Sucht, zu trinken, erfolgen oft verkehrte Ueberweisungen an Trinkerheilstätten. Solche Kranke können aber in Trinkerheilstätten niemals dauernd gebessert werden.

Nicht psychisch motiviert sind manche Fälle von sogenannter Dipsomanie bei Schwachsinn und bei akuter epileptischer Verwirrtheit. Hier zieht der Verfasser Parallelen zwischen Diabetes insipidus und dem als krankhaftes Hirnsymptom ohne psychische Vermittlung zu deutenden Drang, übermäßige Mengen Flüssigkeit zu konsumieren. Dr. Paul Schenk-Berlin.

C. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Strassenhygiene.

Verwendung von Ablaugen der Sulfitzellulosefabriken als Staubbindemittel bei der Straßenunterhaltung. Von R. Voitel-Meißen.

Die Anwendung der Sulfitablauge ist einfach und in jedem Dorfe durchzuführen. Zunächst muß man die Staub- und Schmutzschicht auf den Fahr-

bahnen beseitigen, sodann wird nur mittelst der gewöhnlichen Wassersprengwagen — im einfachsten Fall genügen auch Jauchefässer — die Fahrbahn gründlich eingeschwemmt, so daß keine unbedeckten Stellen verbleiben. In wenigen Stunden bildet sich nun auf der Fahrbahn ein zäher, asphalthaltiger Ueberzug, der bei dauernder Trockenheit viele Wochen unzerstört erhalten bleibt. Bei nasser Witterung löst er sich zwar auf und vermehrt die Schlammbildung, aber gleich nach dem Abtrocknen macht sich auch wieder die Wirkung der Sulfitablauge bemerkbar: es bildet sich ein zwar geschwächter, aber immerhin noch wahrnehmbarer Ueberzug. Spuren desselben lassen sich auf alten Fahrbahnen noch nach Verlauf von sechs bis acht Wochen erkennen. Auch bei Pflasterungen ist es zweckmäßig, Sulfitablauge zu verwenden, indem die Fugen auf längere Dauer versetzt werden. Kann man ferner die Massenschüttungen beim Abwalzen statt des Wassers mit Sulfitablauge begießen, dann ist die staubbindende Wirkung eine noch nachhaltigere. Irgend eine Schädigung für Menschen, Tiere und Pflanzen ist mit der Verwendung der Sulfitablauge nicht verbunden; das Schuhwerk oder die Eisenteile bezw. der Gummi der Wagen werden nicht angegriffen. Die erzielte Staubbindung ist eine vollkommene; es entwickelten sogar die mit Schnellzugsgeschwindigkeit fahrenden Kraftwagen keinen bemerkbaren Staub. Die Sulfitablauge bedeutet für die Wegeunterhaltungspflichtigen einen erheblichen finanziellen Vorteil.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

2. Fürsorgeerziehung.

Psychiatrie und Fürsorgeerziehung in Württemberg. Von Oberarzt Dr. Schott in Stetten i. R. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie; 69. Bd., 4. H.

Verfasser äußert am Schluß seiner Ausführungen für die Fürsorgeerziehung Württembergs folgende Wünsche:

1. Die Möglichkeit, das gesamte Fürsorgezöglingsmaterial psychiatrisch zu untersuchen und im Auge behalten zu können;
2. die Einrichtung von psychiatrischen Einführungs- und Fortbildungskursen für das Erziehungspersonal der Rettungsanstalten;
3. kriminalistische Einführungs- und Fortsbildungskurse, geleitet von Strafvollzugsbeamten und Strafanstaltsärzten gemeinsam für Juristen, beamtete Aerzte und die Vorstände der Rettungsanstalten;
4. die Schaffung einer unter psychiatrischer Leitung stehenden Beobachtungsabteilung für Fürsorgezöglinge beiderlei Geschlechts.

Dr. Többen-Münster.

Untersuchungen an ehemaligen Fürsorgezöglingen im Festungsgefängnis. Von Stabsarzt Dr. Weyert-Posen. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 69. Bd., 2. H.

Der Verfasser beantwortet in seiner zu einem kurzen Referat nicht geeigneten Arbeit hauptsächlich die beiden folgenden Fragen:

1. Wie verhält sich die Fürsorgeerziehung zum Militärdienst und
2. wie haben sich die Fürsorgezöglinge im Heere bewährt?

Alle ehemaligen Fürsorgezöglinge grundsätzlich vom Militärdienst als untauglich oder unwürdig auszuschließen, ist indiskutabel, da diese Maßnahme einen radikalen Bruch bedeuten würde mit den sonstigen Grundsätzen der Einstellung, indem es die Fürsorgezöglinge, von denen ein beträchtlicher Teil überhaupt keine gerichtliche Strafe erlitten hat, den Zuchthäuslern gleichstellt. Sehr beachtenswert ist der Vorschlag Stiers, eine Verfügung zu erlassen, die besagt: „Die Kommunalverbände haben am 1. Januar jedes Jahres diejenigen in Fürsorgeerziehung befindlichen jungen Männern den Ersatzbehörden namhaft zu machen, die sich als schwachsinnig und psychisch abnorm gezeigt und in den 3 letzten Jahren nicht tadelfrei geführt haben, beides unter Angabe begründender Tatsachen und tunlichst unter Beibringung eines psychiatrischen oder kreisärztlichen Zeugnisses. Dieser Vorschlag bedeutet eine Erweiterung des Erlasses des Herrn Ministers des Innern vom 2. November 1910, betr. Mitteilung des Ergebnisses der psychiatrischen Untersuchung der geistig minderwertigen Fürsorge- und Zwangszöglinge an die Ersatzbehörden.

Es ist das Verdienst von Schuppius, durch umfassende Erhebungen bei sämtlichen Armeekorps einen Ueberblick über die Zahl und Führung der

im Sommer 1911 aktiv im Heere dienenden ehemaligen Fürsorgezöglinge gegeben zu haben. In 10 Armeekorps dienten 560 ehemalige Zöglinge. Von diesen Leuten standen im ersten Dienstjahre 338 Mann. Unter ihnen waren 61,7 % gänzlich unbestraft. Von den 222 Leuten des zweiten Jahrgangs hatten 24 % bezw. 35,75 % den größten Teil ihrer Dienstzeit straflos verbracht. Weyert gibt der Vermutung Ausdruck, daß unter den Bestraften mancher nicht psychisch einwandfrei war; er fand diese Annahme bestätigt durch die Untersuchung der mit Disziplinarstrafen belegten Gefängnisinsassen. Er hofft, daß die immer mehr gesicherte Heranziehung der Psychiater bei der Fürsorgeerziehung dazu führen wird, daß die unerziehbaren und die geistig defekten Zöglinge mehr als bisher vom Heeresdienst ausgeschlossen werden können.

Dr. Többen-Münster.

3. Irrenfürsorge.

Die Bedeutung der Anstalt Zwiefalten für das Irrenwesen Württembergs. Von Oberarzt Dr. Schott. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 69. Band, 4. Heft.

Schott würdigt in seiner Arbeit die Bedeutung der Anstalt Zwiefalten. Sie ist der Ursprung der Württembergischen Psychiatrie; sie bildet auch jetzt noch ein Bindeglied zwischen den anderen Anstalten und hat es trotz ihrer 100 Jahre verstanden, den neuzeitlichen Forderungen, soweit es die Verhältnisse gestatten, gerecht zu werden. Dr. Többen-Münster.

Die Entwickelung der „familialen“ Verpflegung der Königl. Heilanstalt Zwiefalten. Von Oberarzt Dr. Gutekunst-Zwiefalten. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 69. Band, 4. Heft.

Gutekunst faßt die mit der Familienpflege in Zwiefalten gemachten Erfahrungen folgendermaßen zusammen:

1. Der Boden für die Familienpflege ist in der Umgebung der Anstalt Zwiefalten ein sehr günstiger.

2. Die Familienpflege hat sich bisher auf das Beste bewährt und hat sich als ein wertvoller therapeutischer Apparat unter den Behandlungsformen der Irrenfürsorge erwiesen. Dr. Többen-Münster.

Befreiung von Kranken aus Irrenanstalten. Von Oberarzt Dr. Mönkemöller in Hildesheim. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie; 69. Bd., II. H.

Die Bedeutung der Befreiung von Geisteskranken aus Anstalten sowohl für die Anstalt selbst, wie für die Allgemeinheit liegt auf der Hand. Sie kommt so gut wie ausschließlich zur praktischen Geltung bei Kranken, die mit den Gesetzen in Konflikt gekommen sind oder die sonst unter den Begriff der Gemeingefährlichkeit fallen. Daß eine solche Handlung strafbar ist, erscheint dem Laien selbstverständlich; denn sie gibt meistens einem anerkannten Rechtsbrecher die Möglichkeit, verbrecherische Handlungen zu begehen, für die er nicht verantwortlich gemacht werden kann und die er von neuem um so eher begehen wird, als er sich meistens bewußt ist, daß er in der Unzurechnungsfähigkeiterklärung einen Freibrief für neue Straftaten mit sich herumträgt. Die bisherige Rechtsprechung mußte sich, wenn sie die Befreiung dieser gefährlichen Elemente ahnden wollte, auf die §§ 120, 121 und 347 des Str.-G.-B. stützen. Die Anschauung der Rechtslehrer darüber, ob die auf Anordnung einer Behörde in einer Irrenanstalt verwahrten Personen zu den Gefangenen gerechnet werden sollen, sind verschieden.

Die Aussichten, daß die Krankenbefreiung aus unseren Anstalten strafbar wird, sind am ersten erfüllbar dadurch, daß von einer Vereinigung mit anderen Krankheitskategorien abgesehen wird. Wenn wir verlangen, daß die Befreiung dem ordentlichen Strafgesetze unterstellt wird, so ist konsequenterweise darauf zu bestehen, daß die Befreiung aller dieser Kranken unter diese Strafbestimmung fällt. Sollte die Gefangenenbefreiung ganz ausgeschaltet werden, dann müssen wir verlangen, daß nicht nur die Befreiung der Gemeingefährlichen in Zukunft geahndet wird. Dr. Többen-Münster.

4. Krankenversicherung.

Das englische Versicherungsgesetz und die Kontrolle der Tuberkulose. Von G. F. Mc. Cleary, Herausgeber des Public health. Public healt; XXV, Nr. 6, März 1912.

Das englische Versicherungsgesetz macht zur Bekämpfung der Tuberkulose große Geldsummen flüssig. „Zur Unterstützung von Sanatorien und anderen Einrichtungen, die der Behandlung der Tuberkulose oder solcher anderer Krankheiten dienen, die das Local Government Board mit Zustimmung des Schatzamtes angibt, werden $1^1/_2$ Millionen Sterling angewiesen.“ Ferner stellt das Versicherungsgesetz eine jährliche Summe für die versicherte Person von 1 s. 4 d. zur Verfügung. Der Schatzkanzler hat zur Vorberatung der einschlägigen Fragen eine Kommission ernannt. Bis zur Beendigung ihrer Beratungen darf aber auch jetzt schon die Frage nicht ruhen, was die lokalen Behörden als vorbereitende Schritte zu tun haben. Die verschiedenen Faktoren in einem Distrikt müssen schon jetzt unter Kontrolle der Ortsbehörde zusammenarbeiten; die freiwilligen Helfer müssen sich dem Ganzen unterordnen. Der Amtsarzt muß einer Verschwendung der Gelder entgegenarbeiten. So wäre es verkehrt, wenn Versicherte und nicht Versicherte verschieden behandelt würden. Die Vorschriften des Local Government Board haben dem Amtsarzt die lang erwünschte Anzeigepflicht für Tuberkulose gegeben. Das Versicherungsgesetz verleiht den Grafschaftsräten die Befugnis, Sanatorien und andere Einrichtungen zu erbauen, die bisher von den örtlichen Behörden errichtet werden mußten. „So kann denn der Kampf gegen die Tuberkulose mit gefülltem Kriegsschatz beginnen. Dr. Mayer-Simmern.

---

5. Medizinalverwaltung.

Wie kann auf sanitätspolizeilichem Gebiete in England wirksamer und sparsamer gearbeitet werden? Von Francis Vacher, J. P. Late med. off. of health for Cheshire. Nach einem Vortrag in der north-western branch des engl. Medizinalbeamtenvereins. Public health; XXV, 1912, Nr. 6.

Der Autor hält das Public health act von 1875 für veraltet. Seit Erlaß sind 60 Ergänzungsgesetze, die im Verwaltungsgebiet der Ortsbehörden neue Fragen anregten, angenommen worden. Es bedarf eines einheitlich kodifizierten neuen Gesetzes. Der Amtsarzt muß die Sicherheit seiner Stellung haben. Wenn auch die Zentralbehörde eine jährliche Kündigungsfrist für unstatthaft erklärt, ist eine Ernennung auf 5 Jahre auch nicht standeswürdig. Grundbesitzer, die durch den med. off. of health zu großen Ausgaben wegen hygienischer Forderungen gezwungen werden, machen seine Stellung unerträglich. Es sind Fälle bekannt, wo vollbeschäftigte Amtsärzte nach 18- bis 20jährigem Dienst plötzlich ihre Stelle verloren. Ebenso wie die Londoner und schottischen Amtsärzte sichergestellt sind, müßten es alle englischen sein.

Wichtig ist, daß § 2 des Impfgesetzes von 1898 sobald als möglich aufgehoben wird. Heute geht die Sache so vor sich, daß die Eltern, die Bedenken gegen die Impfung haben, vor dem Gerichtshof in 2 Minuten ihre Sache darlegen. Dieser hat in Städten jeden Tag, auf dem Lande 2mal die Woche Sitzung. Nach einigen Tagen gibt derselbe Vater dem Impfarzt ein Zeugnis und das Kind ist von der Impfung befreit — eine Trophäe für Impfgegner. Da andere Eltern sehen, wie leicht die Sache vor sich geht, machen sie es ebenso.

Wie in Deutschland sollte Wiedermpfung obligatorisch gemacht werden.

Eine unvollständige Impfnng könnte jetzt, wo überall Schulärzte sind leicht an den Narben des Kindes herausgefunden und notiert werden — das Unterrichtsamt aber hat es verboten.

Masern und Widpocken, ferner Krebs sollten der Anzeigepflicht unterliegen. Dr. Mayer-Simmern.

---

6. Arznei- und Geheimmittel.

Ueber Arzneimittelniederlagen an Bahnhöfen. Von San.-Rat Dr. de Camp-Lauenburg. Zeitschrift für Bahnärzte; 1912, Nr. 5.

1. Es empfiehlt sich die Niederlage von Arzneien auf einsamen Stationen.
2. Die Niederlagen sollen nur einige Mittel enthalten, teils zum freien Gebrauch, teils nur für den Arzt. Für den inneren Schrankteil kämen etwa in

Frage: Rizinusöl, Choleratropfen, Natr. bicarb., vielleicht auch Anis-Salmiaktropfen, etwas Watte, Mull, Binden. Ferner kommen zum Gebrauch des Arztes in Betracht: ein bis zwei Ampullen mit Mutterkorn-Extrakt, Kampheröl, 10% Jodtinktur — deren Anschaffung übrigens auch für den Rettungskasten dringend zu empfehlen ist —, ein stärkeres Diphtherie-Serum. Wenn auch zugegeben werden muß, daß vielleicht zuweilen Mißbrauch getrieben werden könnte, so wäre doch die Einrichtung wünschenswert.

3. Die Auswahl der Stationen trifft die Verwaltung in Gemeinschaft mit dem zuständigen Bahnarzte. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Zur Opiumwirkung. Aus dem pharmakolog. Institut der Universität in Bonn. Von Dr. H. Schmidt in Bonn. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 28.

Dem Institut war ein Präparat übergeben worden, das bei der Herstellung von Extractum Opii nach den Vorschriften des Deutschen Arzneibuches erhalten wird. Es enthält nur Spuren von Morphin, etwas mehr Narkotin und besteht der Hauptmenge nach aus harz-, kautschuk- und gummiartigen Stoffen.

Da sich bei Dosen bis zu 0,5 g bei den Versuchstieren gar keine und beim Menschen nur sehr geringfügige narkotische Wirkungen bemerkbar machten, prüfte Verfasser nur die Stopfwirkung des Mittels.

Nach den diesbezüglichen Versuchen des Verfassers kann man bei der pharmakologischen Beurteilung des Präparates wohl von den geringen Spuren Morphin absehen, so daß nur das Narkotin und die harz-, kautschuk- und gummiartigen Bestandteile in Frage kommen. Narkotin ist auch auszuschließen, demnach können nur die harz-, kautschuk- und gummiartigen Stoffe in dem Präparat stopfend wirken. Dr. Waibel-Kempten.

---

1. Ueber Narkophin, ein rationelles Opiumpräparat. Aus dem pharmakologischen Institut der Universität Freiburg i. B. Von W. Straub.

2. Narkophin, ein neues Morphiumersatzmittel. Von Dr. Zehbe, Assistent der mediz. Universitätsklinik Breslau.

3. Ueber die Verwendung des Narkophins in der Gynäkologie. Aus der Universitäts-Frauenklinik Freiburg i. B. Von Privatdozent Dr. H. Schlimpert. Sammelreferat aus der Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 28.

ad 1. Straub fand, daß die Steigerung der reinen Morphinwirkung zur Opiumwirkung nach Qualität und Intensität in erster Linie vom Nebenalkaloid Narkotin bewirkt wird, das für sich selbst fast wirkungslos im Opium und den Opiumpräparaten in wechselnder Menge von 1 bis 10 Proz. enthalten ist.

Es läßt sich nun ein nach speziellen Messungen, besonders nach der therapeutischen Seite hin optimates Mischungsverhältnis 1 Morphin + 1 Narkotin in Form einer chemischen Verbindung, also mit absoluter Konstanz der Teile zueinander darstellen, wenn man die beiden Alkaloide mit der wohl zum selben Zweck schon im Opium enthaltenen zweibasigen Mekonsäure verbindet. Das so entstehende Doppelsalz, das Morphin-Narkotin-Mekonat, welches unter der Bezeichnung Narkophin in den Handel kommen soll, hat die Zusammensetzung: $C_7H_4O_7 . C_{17}H_{19}NO_3, C_{22}H_{23}NO_7 + 4 H_2O$. Das Salz ist leicht löslich in Wasser und Alkohol, es ist kristallinisch. Nach der Formel ist sein Morphingehalt 31,2 Proz., also rund 1/3 des Gewichts des Narcophins.

Wir haben demgemäß in der Form des Narkophins ein rationell korrigiertes und konstant zusammengesetztes Opiumpräparat, für dessen Empfehlung zur praktischen Verwendung einmal die Konstanz der Zusammensetzung bei optimalem Effekt, dann die Steigerung der narkotischen Wirksamkeit und endlich die Schonung des Atemzentrums maßgebend sind.

ad 2. Bei Prüfung des Präparates Narkophin am Krankenbette durch Dr. Zehbe hat sich das Mittel als ein, wenn in seiner Wirkung auch etwas schwächeres, so doch durch das fast völlige Fehlen von Nebenwirkungen angenehmes und vielseitig verwendbares Ersatzmittel für Morphin erwiesen. Als ein besonderer Vorzug erschien seine beruhigende Wirkung, der die gewöhnlichen Folgeerscheinungen der Narcotica, wie Kopfschmerzen, Benommenheit, Uebelkeit fast stets fehlten.

ad 3. Die Vorzüge des Narkophins sind nach den Versuchen von

Dr. Schlimpert: 1. seine starke narkotische Kraft, die sich in lang anhaltender Wirkung und hohem Grade von Analgesie bei relativ geringer Trübung des Bewußtseins ausdrückt und 2. seine Ungefährlichkeit, vor allem die geringe Beeinflussung des Atmens.

Das Narcophin ist dem Morphium vorzuziehen, außer wenn es sich darum handelt, sehr schnelle Wirkung zu erzielen, da die narkotische Wirkung mitunter etwas verzögert eintritt. Das Narkophin ist dem Pantopon überlegen.

•Dr. Waibel-Kempten.

Visnervin und Renaszin. Gutachten des Ober-Regier.-Rates D. Spindler beim K. Medizinalkollegium vom 25. April ds. Js.

Den Zubereitungen von „Visnervin" und „Renaszin" werden von Seiten der Vertreiber dieser Mittel chemische Analysen beigegeben, die auf Veranlassung der Vertreiber ausgeführt wurden und die darum wohl von ihnen als richtig und maßgebend anerkannt werden.

Legt man der Beurteilung der Zubereitungen die aus den erwähnten Analysen sich ergebende Zusammensetzung zu Grunde, so zeigt sich:

I. Visnervin.

Die Zubereitung besteht aus Pastillen, die mit Kakao- bezw. Schokolademasse überzogen und mit Vanillin parfümiert sind. Der wertvollste Bestandteil der Pastillen, auch nach Auffassung der vom Fabrikanten selber beigebrachten Gutachten, ist das Lezithin, doch scheint der Gehalt dieses Körpers sehr zu schwanken, da er in den Analysen bald zu 5% in der gesamten Masse (Dr. Aufrecht), bald zu 5% in den Kern (Dr. Bein und Dr. Cohn), also wohl etwa 4% in der ganzen Masse, bald zu nur 2,7% (Dr. Vogtherr, berechnet aus dem Gehalt an alkohollöslicher Phosphorsäure von 0,255%) angegeben wird. Neben dem Lezithin werden als Nährbestandteile angegeben 12 bis 17% Eiweißsubstanzen, 30 bis 70% Stärke und Zucker, 3% Mineralstoffe.

Da die einzelnen Pastillen ein Gewicht von etwa 1 Gramm haben, so enthält jede Pastille günstigsten Falles 0,05 Gramm Lezithin neben 0,17 Gramm sonstigen Stickstoffverbindungen (Eiweiß) und 0,7 Gramm Zucker und Stärke; ein Hühnerei dagegen enthält durchschnittlich 1,49 Gramm Lezithin und 5,8 Gramm sonstige Stickstoffverbindungen (Eiweiß). Es entspricht daher eine Pastille Visnervin im Lezithin- und Eiweißgehalt 1/30 Ei, oder 3 Pastillen haben bezüglich des Lezithin- und Eiweißgehaltes die gleiche physiologische Wirkung wie 1/10 Hühnerei mittlerer Größe. Nun kosten drei Visnervinpastillen 20 Pfg., 1/10 Hühnerei höchstens 1 Pfg., dazu noch 2 Gramm Stärke und Zucker mit 0,1 Pfg..

Es werden daher in dem Visnervin die nach Art und Menge gleichen Nährstoffe fast 20 mal so teuer bezahlt als im Hühnerei.

II. Renaszin.

Die Zusammenstellung scheint außerordentlich zu wechseln: In der Trockensubstanz schwankt der Gehalt an löslichen Kohlehydraten (Zucker) zwischen 64 und 33%, der Gehalt an Mineralstoffen (Asche) zwischen 9,8 und 15,2%; unter den Mineralbestandteilen findet der eine Analytiker (Dr. Lohmann) erhebliche Mengen von Mangansalzen; alle anderen Begutachter haben anscheinend kein Mangan entdeckt; einer der Analytiker (Firma Schulte und Amsel) findet nur Spuren von Chlor, ein anderer (Dr. Lohmann) dagegen 1,5% Chlornatrium.

In dem einen Gutachten, das auf Veranlassung der das Renaszin vertreibenden Firma erstattet wurde, heißt es: „das ganze Präparat besteht im wesentlichen aus Lezithin, Eiweiß und leicht löslichen Mineralsalzen"; aus der diesem Gutachten zur Unterlage dienenden Analyse kann man aber entnehmen, daß das Präparat zu fast 3/4 aus Zucker und nur zu 1/10 aus Eiweiß, nur zu 1/20 (5%) aus Lezithin besteht; es muß somit die Angabe „im wesentlichen aus Lezithin und Eiweiß bestehend" als irreführend bezeichnet werden, weil sie den Anschein hervorruft, als bildeten Lezithin und Eiweiß die überwiegenden Bestandteile, während sie nur 15% der ganzen Masse ausmachen.

Das Renaszin enthält nach den von der Renaszinfirma mitgeteilten Analysen durchschnittlich:

6 % Wasser,
70 % Zucker (Rohrzucker, Milchzucker),
5—6 % Lezithin, 8 % Eiweiß,
10 % Mineralstoffe, darunter Eisen, Kalk, Magnesium, Kalium, Natrium, Schwefelsäure, Phosphorsäure, Kohlensäure in sehr stark wechselnden Mengen,

und kommt zur Anwendung in Form von Tabletten im Gewicht von etwa 1 Gramm;

1 Tablette Renaszin enthält sonach:
0,70 Gramm Zucker 0,08 Gramm Eiweiß,
0,06 Gramm Lezithin 0,10 Gramm Mineralstoffe;

1 Hühnerei mittlerer Größe enthält:
0,34 Gramm Kohlehydrate,
1,49 Gramm Lezithin,
5,76 Gramm Eiweiß,

es wird daher durch Genuß eines Fünfundzwanzigstels eines Hühnereis dem Organismus ebensoviel an Lezithin und das Doppelte an Eiweiß zugeführt, wie durch den Genuß von einer Tablette Renaszin; was dabei dem 1/25 Hühnerei an Zucker fehlt, kann ergänzt werden durch den zehnten Teil eines gewöhnlichen Zuckerwürfels von 8 Gramm Gewicht. Die blutbildenden Mineralstoffe des Renaszins finden sich in gleicher Güte reichlich in allen unseren Nahrungsmitteln und werden z. B. in einer Menge von 0,1 Gramm wie durch eine Renaszintablette durch 10 Gramm Schwarzbrot dem Organismus gegeben.

Die Kosten für 1/25 Ei und 1 Gramm Zucker belaufen sich zusammen auf höchstens 2/5 Pfg. Da man für diese 2/5 Pfg. die gleiche Menge Lezithin, dazu aber eine viel größere Menge Eiweißstoffe erhält, als in einer Pastille Renaszin enthalten sind, ist leicht zu ersehen, um wie viel der Preis des Renaszins den wirklichen Wert übersteigt.

Besprechungen.

Reg.- u. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. O. Rapmund-Minden und **Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich**-Berlin: **Aerztliche Rechts- und Gesetzeskunde.** Zweite Auflage. Gr. 8°; 2 Bände, 1417 Seiten. Leipzig; 1913. Verlag von Georg Thieme. Preis: geb. 32 Mark.

Vor uns liegt ein Werk, dessen musterhafte Ausstattung dem gediegenen Inhalt entspricht.

Wenn mit der ersten Auflage der „Aerztlichen Rechts- und Gesetzeskunde“ in der Hauptsache ein Ratgeber für Aerzte geschaffen werden sollte, so hat die zweite Auflage eine derartige Erweiterung erfahren und nach Lage der Gesetzgebung erfahren müssen, daß nunmehr auch andere Berufskreise auf das Buch angewiesen sein dürften. In erster Linie ist es allerdings nach wie vor für den Arzt bestimmt und demzufolge auch die Einteilung des Stoffes im großen und ganzen die bisherige geblieben; der Inhalt hat aber bei allen Abschnitten eine völlige, dem außerordentlich erweiterten und ausgestalteten Material des ärztlichen Rechts, der Medizinalgesetzgebung und der einschlägigen Rechtsprechung entsprechende Neu- und Umarbeitung erfahren. Aus dem bisherigen kurz gefaßten „Vademecum“ ist infolgedessen ein den derzeitigen Stand der ärztlichen „Rechts- und Gesetzeskunde“ im Deutschen Reiche und in den einzelnen Bundesstaaten wiedergebendes Sammelwerk entstanden, daß in noch weit erhöhtem Maße alsdie erste Auflage dem praktischen Arzte wie dem Medizinalbeamten ein Ratgeber in allen Lagen seiner Berufstätigkeit sein wird.

Als ganz besonderen Vorzug vor anderen ähnlichen Werken muß die vollendete Einarbeitung aller gesetzlichen Bestimmungen und der einschlägigen Rechtsprechung hervorgehoben werden. Sie vermittelt dem Ratsuchenden sofort eines vollständige Kenntnis des fraglichen Stoffes, zumal das ausführliche Inhaltsverzeichnis und ein genaues Register schnelles Auffinden gestatten.

Der erste Band enthält die ersten vier Hauptabschnitte über die Organisation des Gesundheitswesens und der Medizinalbehörden in Deutschland (I), die Ausbildung des Arztes (II) [ärztliche und standesärztliche Prüfungsordnungen, Erlangung der Doktorwürde], die Rechte und Pflichten des Arztes in bezug auf seine Person (III) [Rechte und Pflichten als Staats- und Gemeindebürger (Steuererklärung), Stellung in der Gewerbeordnung, straf- und zivilrechtliche Verantwortung [Berufsvergehen, Kunstfehler, Berufsgeheimnis, Haftpflicht, Entziehung der Approbation usw.] sowie die Rechte und Pflichten des Arztes der Allgemeinheit gegenüber und in besonderen Stellungen (IV). Besonders die einzelnen Kapitel des vierten Abschnittes haben eine ganz außerordentlich sorgfältige Bearbeitung gefunden; dies gilt namentlich von den Kapiteln über Leichenschau und Feuerbestattung, über die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten, über die Armen-, Kranken-, Irren- usw. Pflege und die Stellung des Arztes als Armen- und Krankenhausaszt, vor allem aber seine Stellung als Krankenkassenarzt, die entsprechend ihrer großen Bedeutung für den ärztlichen Stand unter genauer Berücksichtigung der Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 in eingehender Weise behandelt ist, ebenso wie die sich daran anschließenden Kapitel über die Stellung des Arztes als Fabrikkrankenkassen- und Gewerbearzt, Knappschafts-, Eisenbahn- Postkrankenkassen- und Postvertrauensaezt, als Polizei- und Stadtarzt, Gefängnis-, Schul-, Bade-, Schiffs-, Hafen- und Kolonialarzt.

Im zweiten Bande wird zunächst (Abschnitt V) die Tätigkeit des Arztes als ärztlicher Sachverständiger und Vertrauensarzt nach allen Seiten besprochen. Hier sei in erster Linie auf die ihrem Inhalte nach wirklich hervorragenden Kapitel über Unfall-, Alters-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, die jetzt die doppelte Seitenzahl gegenüber der ersten Auflage in Anspruch nehmen. Auch die Angestelltenversicherung ist berücksichtigt, ebenso recht ausführlich die private Lebens- und Unfallversicherung. Neu hinzugefügt ist ein besonderes Kapitel „Der Zivilarzt als behandelnder und sachverständiger Arzt in Militärangelegenheiten", das gründliche Bearbeitung durch Generalarzt a. D. Dr. Körting gefunden hat und den Aerzten wie Medizinalbeamten besonders wertvoll sein wird.

Der nächste Abschnitt (VI) betrifft die Rechte und Pflichten des Arztes gegenüber seinen Berufsgenossen und berücksichtigt nicht nur die in den einzelnen Bundesstaaten bestehenden gesetzlichen Bestimmungen über die staatliche Organisation des ärztlichen Standes und die Rechtsprechung der ärztlichen Ehrengerichte, sondern auch das ärztliche Vereins- und Unterstützungswesen.

In vollkommener und mustergültiger Weise sind auch die Abschnitte bearbeitet, die von dem Gebührenwesen (VII), dem ärztlichen Hilfspersonal (VIII) und dem Verkehr mit Arzneimitteln und Giften (IX) handeln.

Das Buch wird seinen Weg machen; dafür bürgen schon die Namen der Herausgeber, dafür bürgen aber auch der vorzügliche Inhalt, die tadellose Ausstattung und der verhältnismäßige niedrige Preis. Es wird sich sowohl für die praktischen Aerzte, als für die Medizinalbeamten als Ratgeber unentbehrlich erweisen. Aber auch allen Verwaltungs- und Justizbehörden, sowie denen, die sich mit sozialer Medin, mit Krankenversorgung, mit Unfall- und Invalidensachen, Versicherungswesen usw. beschäftigen, wird es ein willkommener und sicherer Führer sein. Ihnen allen möchte ich es warm empfehlen.

Dr. Fielitz-Halle a. S.

Dr. Rud. Panse, San.-Rat und Ohrenarzt in Dresden: **Pathologische Anatomie des Ohres.** Mit 208 Zeichnungen des Verfassers nach eigenen Präparaten und 4 Schemas. Leipzig 1912. Verlag von F. C. W. Vogel.

An Lehrbüchern ist auf dem Gebiet der Ohrenheilkunde kein Mangel; es fehlte aber bisher eine gründliche Bearbeitung der pathologischen Anatomie des Ohres. Diese fühlbare Lücke wird durch das vorliegende Werk ausgefüllt.

Der Autor, der nicht nur unter den Fachgenossen, sondern auch in weiteren Kieisen durch seine zahlreichen Arbeiten auf dem Gebiet der pathologischen Anatomie des Ohres vorteilhaft bekannt ist, war wie kein anderer dazu berufen, an diese Arbeit heranzugehen. Er hat sie meisterhaft gelöst. Durch 208 vorzügliche Abbildungen, die der Verfasser nach eigenen Präparaten selbst gezeichnet hat, wird dem Leser der Stoff in ausgezeichneter Weise veranschaulicht. Gerade dadurch, daß Panse selbst die Zeichnungen lieferte und das er das genau zeichnete, was er mit seinen geschulten Augen sah, gerade dadurch gewinnen die Abbildungen seines Werkes besonderen Wert. Die einzelnen Kapitel des Buches sind sämtlich mit gleicher Gründlichkeit behandelt, mit besonderer Vor-. liebe die Erkrankungen des inneren Ohres und das Krankheitsbild der sogen-Otosklerose, die zurzeit im Vordergrund des Interesses steht. Für die Au toren auf dem Gebiet der pathologischen Anatomie ist das Buch als Nachschlagewerk für das Gebiet der Ohrenheilkunde unentbehrlich, für den Ohrenarzt hat es aber besonderen Wert! denn keiner wird es aus der Hand legen, ohne aus ihm Belehrung geschöpft zu haben. Der praktische Arzt wird sich durch das Studium des Buches mit Leichtigkeit über diejenigen Fragen, die sein Interesse hervorrufen, auf das Genaueste unterrichteen.

Dr. Rudloff-Wiesbaden.

Prof. Dr. C. Nauwerck: Sektionstechnik für Aerzte und Studierende. Fünfte neu bearbeitete Auflage. Mit 101 teilweise farbigen Abbildungen. Jena 1912. Verlag von Gustav Fischer. Kl. 8°, 259 S. Preis: 6,50 M.

Das Werk des Chemnitzer Pathologen ist seit der letzten Auflage im Jahre 1904, die an dieser Stelle s. Zt. gewürdigt worden ist, um die Hälfte der Abbildungen vermehrt worden, während der Gesamtumfang ungefähr gleich geblieben ist. Neben einer äußerst klaren und erschöpfenden Darstellung des Gegenstandes machen diese ausgezeichneten, zum Teil farbigen Abbildungen, an denen die Schnittführung, die Handgriffe zur Herausnahme und die wichtigsten Lageverhältnisse der Organe in äußerst geschickter und praktischer Form dargestellt sind, den ganz besonderen Wert des Werkes aus. Der Obduzent findet hier genaue Anweisung über die Obduktion des Rückenmarks, der Wirbelsäule, des Gehirns, besonders auch des Nasenraums, des Gehörorgans und des Auges, stets unterstützt durch naturgetreue, übersichtliche, nicht schematische Bilder. Aeußerst instruktiv ist z. B. an der Hand von 9 Abbildungen die Obduktion des Herzens dargestellt unter Erörterung aller in Frage kommenden Befunde. Das gleiche gilt ganz besonders auch für die Obduktion des Neugeborenen. Der Darstellung der Vergiftungen hat der Verfasser eine Uebersicht über die Befunde bei den einzelnen Vergiftungen beigefügt. Angeschlossen sind dem Werke Ausführungen über die Sektionstechnik nach Chiari und nach Heller, sodann über die Versorgung der Leiche, über Einbalsamierung, und die Konservierung mit Karbolformalin. Ein zweiter Abschnitt gibt eine eingehende Erörterung des Sektionsprotokolls mit zahlreichen Zahlenangaben über Größen- und Gewichtsverhältnisse der einzelnen Organe, insbesondere auch bei Neugeborenen. Ganz besondere Berücksichtigung ist hier wiederum den nicht immer leichten Verhältnissen der Gehirnobduktion zuteil geworden. Zum Schluß sind die Vorschriften über das Verfahren der Gerichtsärzte vom Jahre 1905 und ein sehr wertvolles Literaturverzeichnis beigefügt. Das ausgezeichnete und allgemein anerkannte Werk bedarf an dieser Stelle keiner weiteren Empfehlung; Medizinalbeamte mit geringerer Okduktionserfahrung werden es kaum entbehren können.

Dr. Pollitz-Düsseldorf.

Dr. H. Zingerle, a. o. Professor an der Universität Graz: **Die psychiatrischen Aufgaben des praktischen Arztes.** Jena 1911. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°, 55 S. Preis: 1,50 M.

Bei der zunehmenden Bedeutung, welche die Psychiatrie und ihre Aufgaben fortdauernd erlangen, ist auch die Stellung des praktischen Arztes zu dieser Disziplin eine andere geworden. Er muß heutzutage die wichtigsten Lehren der Irrenheilkunde kennen, um entscheiden zu können, ob eine spezialistische Behandlung notwendig ist; er muß in leichteren Fällen von Psychoneurosen, Psychosen und Grenzzuständen selbständig die notwendigen therapeutischen Maßnahmen treffen können, muß vor allem mit dem wichtigen Gebiet der

Prophylaxe geistiger Störungen vertraut sein. Von diesen Gesichtspunkten ausgehend gibt Zingerle in der vorstehenden Schrift eine kurze Darstellung der in Betracht kommenden Gesichtspunkten. Der gesamte Stoff ist in zwei größere Abschnitte eingeteilt, deren erster die Verhütung geistiger Krankheiten, Rassen-, Familien- und individuelle Prophylaxe, deren zweiter die Maßnahmen bei bestehender geistiger Störung umfaßt. Rpd. jun.

M. Reichardt: Untersuchungen über das Gehirn. I. Teil: **Ueber Todesarten und Todesursachen bei Gehirnkrankheiten.** Arbeiten aus der Psychyatrischen Klinik zu Würzburg. Jena 1911. Verlag von Gustav Fischer. Gr. 8°, 126. S. Preis: 3,60 M.

Reichardt glaubt auf Grund einer großen Reihe von einzelnen Untersuchungen folgende Todesarten bei Hirnkrankheiten aufzustellen zu dürfen:

1) Tod nach vorangegangener endogen bedingter, wahrscheinlich zerebraler Abmagerung, auch wenn das Maximum der an sich tödlichen Abmagerung nicht erreicht ist.

2) Tod im sogenannten zerebrospinalen Marasmus.

3) Tod nach tropischen Störungen.

4) Tod nach auffallenden Temperatursteigerungen.

5) Tod nach anfallsartigen Störungen, dem manchmal gleichzeitig ein abnormes Verhalten des Körpergewichtes vorangegangen ist.

6) Tod nach starken und charakteristischen (anscheinend) psychischen Symptomen.

7) Tod ohne alle auffallenden akuten klinischen Symptome.

Die Einzelheiten der interessanten Arbeit, deren Studium wir empfehlen können, müssen im Original nachgelesen werden. Rpd. jun.

Dr. med. Georg Burgl, K. Regierungs- und Medizinalrat: **Die Hysterie und die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Hysterischen.** Ein praktisches Handbuch für Aerzte und Juristen. Mit 20 ausgewählten Fällen krimineller Hysterie mit Aktenauszug und gerichtlichen Gutachten. Stuttgart 1912. Verlag von G. Enke. Kl. 8°, 302 S.

Der Verfasser gibt auf Grund einer sehr umfangreichen gerichtsärztlichen Erfahrung eine monographische Darstellung der Hysterie vom forensischen Standpunkte aus, unter sorgfältiger, kritischster Würdigung der umfangreichen Literatur. Das Material wird in drei Kapiteln bearbeitet. Im ersten wird eine Lehre der Hysterie gegeben, unter Anlehnung an die Arbeiten von Binswanger, Cramer u. a. Eingehend wird das äußerst komplizierte und wechselnde Symptombild der Hysterie erörtert, mit all seine psychischen und somatischen Erscheinungen. Hierher gehören die sensiblen Störungen, zahlreiche motorische Störungen, abnorme Sensationen, zahlreiche Krampfzustände, wie Lach-, Weinkrämpfe, Ohnmachtsanfälle, Erbrechen, Flatulenz und Gesichtsfeldeinschränkungen. Besondere Schwierigkeiten für die gerichtsärztliche Beurteilung macht die Abgrenzung der Hysterie von dem Zustand der Minderwertigen und Degenerierten. Die Unterscheidung ergibt sich, wie Verfasser zutreffend ausführt, aus der leichten und gesteigerten Suggestibilität der Hysterischen, sowie aus der Uebertragung psychischer Reaktionen in körperliche Symptome, der Labilität der Stimmung und der erhöhten Phantasietätigkeit. Der hysterische Charakter ist mehr oder weniger allen Hysterischen eigen und muß als Symptom der Krankheit bezeichnet werden. Die Eigenart des Krankheitsbildes bringt es mit sich, daß eine Simulation der Hysterie kaum vorkommt, dagegen gelangt eine Kombination von Hysterie und Simulation einzelner Symptome der Krankheit wie Krämpfe, Ohnmacht nicht allzu selten zur Begutachtung. Im allgemeinen aber wird, wie der Verfasser ausführlich darstellt, nicht nur die Beurteilung des Einzelsymptoms mancherlei Schwierigkeiten machen, sondern auch der Nachweis des Krankhaften vieler dieser Erregungs- und Wutanfälle kann bei den Gerichten oft auf Schwierigkeiten stoßen. Verfasser hat 20 äußerst interessante Fälle krimineller Hysterie eingehend mitgeteilt. Sie behandeln falsche Anschuldigung, Kindstötung, Meineid, Brandstiftung, Diebstahl und Betrug, ferner Eifersuchtsattentat mit Schwefelsäure und falsche Aussage vor Gericht gegen den eigenen Ehemann. Auf Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden, es mag genügen, die ausgezeichnete

Arbeit, der ein überaus reiches Material eigener Erfahrungen und Kritik zugrunde liegt, dem Studium der interessierten Kreise aufs wärmste zu empfehlen.

Dr. Pollitz-Düsseldorf.

Dr. med. et phil. Max Kauffmann, Privatdozent an der Universität Halle a. S.: **Die Psychologie des Verbrechens.** Mit zahlreichen Porträts. Berlin 1912. Verlag von Julius Springer. Kl. 8°; 336 S. Preis: 10 M.

Verfasser, der bisher vorzüglich mit physiologisch-chemischen Arbeiten hervorgetreten ist, versucht in diesem umfangreichen Bande eine kritische Darstellung der Psychologie des Verbrechers zu geben, auf Grund von Studien, die er nicht nur in Strafanstalten und in Arbeitshäusern usw., sondern, wie er des öfteren betont, in der Freiheit, in Vagabunden-, Dirnen-, Zuhälter- und Verbrecherkreisen gemacht hat. Ganz besonders scharf wendet sich seine Kritik gegen die kriminalistisch tätigen Psychiater, denen er mit einem Kern von Berechtigung das Recht zur Mitarbeit auf diesem Gebiet abspricht. Aber auch den Gefängnisbeamten, Geistlichen und Arzt hält er für nicht kompetent in der Beurteilung des Verbrechers. Leider muß jedoch gesagt werden, daß alles was der Verfasser selbst uns aus dem reichen Born seiner eigenen Erfahrungen mit großem Selbstbewußtsein mitteilt, weder neu noch auch immer richtig ist. In der Einleitung gibt er eine Reihe Ausführungen allgemeiner und methodischer Art über den Willen und die Willensfreiheit, über Vererbung und Entartung, über moralisches Irresein, über Intelligenzprüfungen, Psychiatrie, Physiognomie und Statistik u. a. m. Sodann folgt eine Schilderung der verschiedenen Verbrechertypen. Als solche unterscheidet der Verfasser: den Landstreichertypus, den energischen Verbrecher und den atypischen Verbrecher. In einem dritten Kapitel werden die Ursachen des Verbrechens geschildert, in einem vierten „die Reaktion der Allgemeinheit auf das Verbrechen". Seine Reformvorschläge zur Bekämpfung des Verbrechens zeichnen sich nicht durch Originalität aus. Das Buch ist mit einer Reihe Tafeln von Verbrechertypen ausgestattet, deren Beweiskraft recht zweifelhaft erscheint.

Auf eine eingehende Widerlegung zahlreicher Irrtümer, falscher Auffassungen und undurchführbarer Vorschläge muß Referent an dieser Stelle verzichten.

Dr. Pollitz-Düsseldorf.

Dr. W. v. Drigalski-Halle: **Schulgesundheitspflege, ihre Organisation und Durchführung.** Ein Leitfaden für Aerzte, Lehrer und Verwaltungsbeamte. Leipzig 1912. S. Hirzels Verlag. Kl. 8°, 284 S. Preis: geheftet 8 Mark.

Im ersten Teil behandelt der Verfasser die Organisation des schulärztlichen Dienstes und gibt dabei eine Schilderung der Hallenser Einrichtungen. Im zweiten Teil werden zunächst die Anforderungen entwickelt, die man zurzeit an die hygienischen Einrichtungen des Schulhauses und an die Methodik des Unterrichts zu stellen hat. Hierauf folgt eine populär-medizinische Darstellung der wichtigsten Schülerkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Kapitel über Tuberkulose und Störungen der Pubertätsjahre. Im dritten Teil wird die Technik des schulärztlichen Dienstes besprochen und durch zahlreiche Abdrucke von Formularen veranschaulicht. Ein kurzer vierter Teil dient der Schilderung einiger besonderer Einrichtungen, wie Schulschwestern, Stotterkurse und dergleichen. — Das Werk gibt einen vortrefflichen Ueberblick über die gesamte moderne Schulgesundheitspflege. Namentlich der kurze Abschnitt über das Schulhaus und den Unterricht ist wegen seiner Klarheit und maßvollen Sachlichkeit so wohl gelungen, daß er als eine Zusammenfassung der allgemein angenommenen Grundsätze einer vernünftigen Schulhygiene gelten darf.

Dr. Hutt-Sagan.

Tagesnachrichten.

Immer von neuem wiederholen sich Fälle, in denen angeblich als geheilt oder nicht mehr gemeingefährlich aus der Irrenanstalt entlassene irrsinnige Verbrecher oder verbrecherische Irre kurze Zeit nach der Entlassung sich wider Gesundheit oder Leben ihrer Mitmenschen gefährdende Gewalttätigkeiten zuschulden kommen lassen. Noch vor kurzem hat ein solcher Geisteskranker, der in Berlin bereits im Jahre 1907 drei Mädchen mit dem

Messer überfiel und schwer verletzte (eines davon tödlich) und damals in der Irrenanstalt Buch untergebracht wurde, kurz nach seiner jetzt erfolgten Entlassung ein Raubanfall gegen eine Verkäuferin ausgeführt, dem diese fast zum Opfer gefallen wäre. Da eine Aenderung des bestehenden, ganz unhaltbaren Rechtszustandes durch die Vertagung der Strafprozeßreform auf Jahre hinausgeschoben worden, wird von dem Abg. Schiffer in der neuesten Nummer der „Natlib. Blätter" gefordert, den **Schutz des Lebens und der Gesundheit der Staatsbürger vor den Geisteskranken** vorweg zu nehmen. Er verkennt zwar nicht, daß dabei Schwierigkeiten mancherlei Art zu überwinden sind, hält die Aufgabe aber für so dringlich, daß ein Weg unbedingt gefunden werden muß. Die Häufung der Fälle, so schreibt er, in denen wegen mangelnder Zurechnungsfähigkeit das Verfahren eingestellt oder durch Freisprechung beendet wird, ist an sich schon nicht unbedenklich. Sie wird aber geradezu unerträglich, wenn darauf nichts weiter erfolgt, als daß nach mehr oder minder kurzer Zeit der Uebeltäter von neuem auf die Menschheit losgelassen wird. Wir müssen verlangen, daß Leben und Gesundheit, Ehre und Vermögen der Staatsbürger gegenüber perversen Trieben und Lüsten nicht wehrlos und schutzlos bleiben. So wie es jetzt geht, geht es wirklich nicht weiter. Die Psychiatrie darf doch schließlich nicht bloß ihren Objekten zugute kommen und der gesamten übrigen Menschheit zum Uebel gereichen. Wir wollen nach wie vor den Geisteskranken allen Schutz gewähren, dessen sie gegenüber den Gesunden bedürfen, aber wir müssen mindestens denselben Schutz für die Gesunden gegen die Geisteskranken beanspruchen und dürfen angesichts der Erfahrungen der letzten Zeit nicht länger zaudern, diesen Anspruch durch eine gesetzgeberische Tat zu erfüllen. Daß es sich hier um eine Frage handelt, deren anderweite Regelung dringend nötig ist, wird sicherlich von keiner Seite bestritten werden; man braucht aber nur das in der Beilage, Rechtsprechung usw., zur heutigen Nummer abgedruckte Urteil des Oberlandesgerichts in Hamburg vom 22. Dezember 1911 (S. 253) zu lesen, um zu dem Schlusse zu gelangen, daß an diesem unhaltbaren Zustande nicht die Psychiater die Schuld tragen, sondern die geltende Gesetzgebung. Gerade dieses Urteil ist der beste Beweis für die Dringlichkeit einer Aenderung des jetzigen Rechtszustandes.

Die Berliner Stadtverordnetenversammlung hat in ihrer Sitzung vom 28. Oktober d. J. den Antrag des Magistrats, die Stelle eines **Stadt-Medizinalrats in Berlin** mit der Amtseigenschaft eines Magistratsmitgliedes (s. Nr. 20, S. 790) und mit einem Gehalt von jährlich 15000 Mark, nach 3 Jahre auf 18000 Mark steigend, einstimmig angenommen.

In der letzten Sitzung des Geschäftsausschusses des **Deutschen Aerzteverbandes** ist Geh. Med.-Rat Professor Dr Partsch in Breslau zum Vorsitzenden an Stelle des verstorbenen Geh. Med.-Rat Professor Dr. Loeker gewählt; außerdem wurden Dr. Herzau-Halle zum Generalsekretär und Dr. Magen-Breslau zum Redakteur des ärztlichen Vereinsblattes gewählt an Stelle von San.-Rat Dr. Heinze-Leipzig, der um seine Pensionierung gebeten hat.

In einer vor kurzem in Düsseldorf abgehaltenen vorberatenden Versammlung ist der Plan gefaßt, eine **Rheinisch-Westfälische Gesellschaft für Versicherungsmedizin** zu gründen, die ihre Sitzungen abwechselnd an geeigneten Orten beider Provinzen abhalten soll. In dem an die Aerzte der beiden Provinzen gerichteten Rundschreiben wird darauf hingewiesen, daß die Versicherungsmedizin im Laufe der Jahre einen derartigen Umfang und eine so große Bedeutung erlangt habe, daß ein besonderes Studium der in Betracht kommenden Gesichtspunkte für jeden Arzt unerläßlich sei. Die diagnostischen, therapeutischen, prognostischen und versicherungstechnischen Gesichtspunkte dürften aber eine besondere Förderung erfahren, wenn alle Kollegen sich mehrmals im Jahr zu gemeinsamer Arbeit zusammenfänden, um durch Vorträge, Demonstrationen und Aussprache über gesammelte Erfahrungen möglichst einheitliche, wissenschaftlich begründete Anschauungen zu gewinnen. Diesen Zwecken soll die Rheinisch-Westfälische Gesellschaft für Versicherungsmedizin dienen.

Als Mitglieder in der geplanten Gesellschaft sind nicht nur diejenigen willkommen, die sich besonders viel oder ausschließlich mit der Behandlung und Begutachtung Versicherter befassen, sondern alle Aerzte; denn jeder Arzt kommt in die Lage, versicherte Patienten beraten, behandeln oder begutachten zu müssen.

Zum Schluß wird in dem Rundschreiben betont, daß die geplante Gesellschaft nur wissenschaftliche Ziele verfolgt und sich der Erörterung wirtschaftlicher, den Aerztestand betreffender Fragen enthalten wird. Auch irgendwelche Polemik mit den Versicherungsorganen soll streng vermieden werden.

Die konstituierende Versammlung soll am Sonntag, den 12. Januar 1913, nachmittags 4 Uhr, im Landhause zu Düsseldorf stattfinden.

Der Verband der Pharmazeutischen Fabriken und die chemisch-pharmazeutisch-kosmetische Fachgruppe des Verbandes der Fabrikanten von Marktartikeln haben, um der mißbräuchlichen **Verwendung von Einwickelpapieren und Beilagen zu Reklamezwecken** entgegenzutreten, ihren Mitgliedern die Beachtung folgender Richtlinien empfohlen: a) Bei kosmetischen Zubereitungen muß es ausschließlich den Fabrikanten überlassen bleiben, ob und inwieweit er Reklameumhüllungen oder Reklamevorschriften verwenden will. b) Bei pharmazeutischen Zubereitungen, die zum Handverkauf überlassen sind, sollen ausdrückliche Ratschläge zur Selbstbehandlung, ärztliche Gutachten, Bestätigungen von Heilerfolgen und Danksagungen nicht beigelegt werden. c) Bei Arzneimitteln, die nur auf ärztliche Verordnung in den Apotheken abgegeben werden, sollen nur allgemein Angaben über die Anwendung und Aufbewahrung zulässig sein. Hoffentlich werden diese Richtlinien auch von den beteiligten Kreisen beachtet. Der Vorstand des Deutschen Apothekervereins hat ebenfalls seinen Mitgliedern empfohlen, weder Einwickelpapiere mit derartigen Reklamen zu verwenden, noch Reklamebeilagen den Packungen beizufügen.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 13. bis 26. Oktober 1912 erkrankt (gestorben) an: Rückfallfieber, Pest, Cholera, Gelbfieber, Aussatz, Fleckfieber, Tollwut und Pocken: — (—), — (—); Milzbrand: 4 (—), — (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 2 (—), 3 (—); Unterleibstyphus: 198 (28), 238 (22); Ruhr: 3 (1), 1 (—); Diphtherie: 1491 (124), 1492 (98); Scharlach: 1326 (56), 1456 (64); Kindbettfieber: 114 (21), 112 (28); übertragbarer Genickstarre: 1 (—), 7 (2); Fleisch- usw. Vergiftung: 20 (—), 2 (—); spinaler Kinderlähmung: 9 (—). 5 (—); Körnerkankheit (erkr.): 161, 153; Tuberkulose (gest.): 644, 591.

Pest. In Aegypten sind in den beiden Wochen vom 12.—25. Oktober nur noch 2 (—) und 1 (—) Erkrankungen (Todesfälle) an Pest vorgekommen; in Mauritius dagegen während der Zeit vom 9. August bis 5. September: 52 (31) und in Britisch Indien vom 15.—28. September: 2134 (1557) und 1915 (1582), gegenüber den beiden Vorwochen wiederum eine erhebliche Steigerung.

Die **Cholera** ist in Cagliari (Italien) erloschen; vom 9.—19. Okt. betrug die Zahl der Erkrankungen nur noch 6, seitdem ist ein neuer Fall nicht mehr gemeldet. In der Türkei (Mesopotanien) sind vom 10.—16. Oktober in 11 Ortschaften 33 (89) Cholerafälle gemeldet. In neuester Zeit ist die Seuche auch in Konstantinopel und im türkischen Heere aufgetreten; über die Zahl der Erkrankungen und Todesfälle fehlen jedoch sichere Angaben, sie scheint aber eine sehr erhebliche zu sein. In Japan hat die Cholera eine weitere Verbreitung gefunden; amtlich gemeldet sind vom 28. September bis 18 Oktober 1211 Erkrankungen, davon 140 in Tokio und 16 in Yokohama.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch. L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 23 Ausgegeben am 5. Dezember 1912.

ZEITSCHRIFT
FÜR
MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:
Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler
Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch
J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 23.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Rote Adlerorden IV. Kl.: den prakt. Aerzten Dr. Hoenn in Römhild (Thüringen) und Dr. Hansen in Broacker (Kreis Sonderburg) sowie dem Marineoberstabsarzt a. D. Dr. Rechenbach in Gerswalde (Kreis Templin); — der Kronenorden II. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Passow in Berlin; — der Kronenorden

III. Klasse: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Pfeiffer in Breslau und dem Med.-Rat Dr. Thiele, Kreisarzt a. D. in Kochem.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung: des Ritterkreuzes I. Klasse des Königl. Sächsischen Albrechtsordens: dem Stabsarzt Dr. Hannemann in der Schutztruppe für Südwestafrika, dem Stabsarzt Prof. Dr. Napp bei der zweiten Sanitätsinspektion und dem Oberarzt Dr. Bresler an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Lüben in Schl.; das Ritterkreuz II. Klasse desselben Ordens: dem Oberarzt Dr. Mohn in der Schutztruppe für Ostafrika; der III. Klasse des Königlich Bayerischen Verdienstordens vom heiligen Michael und des Ritterkreuzes I. Klasse des Großherzoglich Badischen Ordens vom Zähringer Löwen: dem Kaiserl. Leibarzt Oberstabs- u. Regimentsarzt Dr. Niedner in Berlin; des Päpstlichen Kreuzes „Pro ecclesia et pontifice": dem Oberstabsarzt Dr. Mayer in der Schutztruppe für Südwestafrika; des Ehrenoffizierkreuzes des Großherzoglich Oldenburgischen Haus- und Verdienstordens des Herzogs Peter Friedrich Ludwig: dem Geh. Med.-Rat Dr. Ziehen in Wiesbaden; des Sterns zum Komturkreuz des Herzogl. Sachsen-Ernestinischen Hausordens: Geh. Med.-Rat Prof Dr. Witzel, Direktor des chirurg. Klinik in Düsseldorf; des Ritterkreuzes II. Klasse desselben Ordens: dem Bezirksarzt Dr. Stüler in Ohrdruf; des Kommandeurkreuzes II. Kasse des Königlich Norwegischen Ordens vom heiligen Olaf: dem Direktor des Königl. Instituts für Infektionskrankheiten Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Gaffky in Berlin; des Kommandeurkreuzes des Königlich Bulgarischen Zivilverdienstordens: dem Leibarzt Sr. Königl. Hoheit des Prinzen Friedrich Leopold von Preußen Dr. Weecke in Berlin-Lichterfelde.

Ernannt: Privatdozent Prof. Dr. Paul Schröder in Berlin zum ordentl. Professor und Direktor der psychiatrischen Nervenklinik in Greifswald; Kreis-

assistenzarzt Dr. Wackers in Marienburg zum Kreisarzt in Grevenbroich; Arzt Dr. Doellner in Vallendar a. Rh. zum Kreisassistenzarzt in Marburg; Prof. Dr. Schittenheim in Königsberg in Pr. zum kommissarischen Mitglied des Medizinalkollgiums für die Provinz Ostpreußen.

Gestorben: Oberstabsarzt a. D. Dr. Wilh. Höche in Charlottenburg, Dr. Lauenstein, Besitzer des Sanatoriums Hedemünden a./Werra (Reg.-Bez. Hildesheim), Med.-Rat Prof. Dr. Seydel in Königsberg i. Pr., San.-Rat Dr. Schmitz in Herdorf (Reg.-Bez. Koblenz), Dr. Gerhard v. Seydlitz, An-

staltsarzt an der Heil- und Pflegeanstalt in Teupitz (Reg.-Bez. Frankfurt), Dr. Wolfgang Siegel in Berlin (im Sommer Badearzt in Reichenhall), Dr. Herzbrunn in Wriezen (Reg.-Bez. Potsdam), Geh. San.-Rat Dr. Delhaes in Wilmersdorf-Berlin.

Königreich Bayern.

Ernannt: Die Privatdozenten Prof. Dr. Königer, Prof. Dr. Herm. Merkel in Erlangen sowie Prof. Dr. Klein in München zu etatsmäßigen außerordentlichen Professoren in den betreffenden medizinischen Fakultäten; der praktische Arzt Dr. Höfer in Schwabach zum Bezirksarzt in Parsberg.

Gestorben: Dr. Stadler in Simbach b. L. (Niederbayern), a. o. Prof. Dr. Kopp und Generalarzt a. D. Dr. Pachmeyer in München und Dr. Schwartz in Nürnberg.

Königreich Sachsen.

Gestorben: Ober-Med.-Rat Dr. Krell, Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz, Dr. Weydling in Leipzig und Oberstabsarzt Prof. Dr. Richard Müller in Radeberg bei Dresden, Dr. Friedr. Aug. Roßberg, früher in Höckendorf, Dr. Bodo Wenzel in Plauen i. V.

Grossherzogtum Baden.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel als außerordentlicher Professor: dem Privatdozent Dr. Gauß in Freiburg i. Br.

Grossherzogtum Hessen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Ober-Medizinalrat: dem Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Heyl in Darmstadt,

pharmazeutisches Mitglied in der Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege des Ministeriums des Innern; — der Charakter als Geheimer Medizinalrat: den Medizinalräten Kreisarzt Dr. Haberkorn in Gießen, Dr. Groedel in Bad Nauheim, Dr. Bieberbach, Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Heppenheim und Dr. Reisinger, Direktor des Rochushospitals in

Mainz; — der Charakter als Medizinalrat: dem außerordentlichen Professor und Leiter der Hebammenlehranstalt Dr. Walther in Gießen.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Dr. Rouge in Hungen.

Grossherzogtum Mecklenburg-Schwerin.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Geheimer Medizinalrat: dem Prof. Dr. Sarvey in Rostock; — als Obermedizinalrat: dem Med.-Rat Dr. Willemer in Ludwigslust.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: Dr. Ernst Ratjen und Polizeiarzt Dr. Lang in Hamburg.

Der heutigen Nummer liegen Prospekte von der **Verlagsbuchhandlung Georg Thieme** in **Leipzig** über „Aerztliche Rechts- und Gesetzeskunde" sowie von der **Verlagsbuchhandlung Ferdinand Enke** in **Stuttgart** über „Lehrbuch der gerichtlichen Medizin"; außerdem eine Bestellkarte von **Fischers medic. Buchhandlung (H. Kornfeld)** in **Berlin** zum „Kalender für Medizinalbeamte" und Hinweis auf Einbanddecken bei, worauf wir noch besonders aufmerksam machen.

---

25. Jahrg. **Zeitschrift** 1912.

für

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von
Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,
Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,
Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.
Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.
Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 23.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	5. Dez.

Nervenhygiene und Betriebssicherheit im Automobil- und Eisenbahnverkehr.

Von Stadt- und Kreisarzt Dr. **Köttgen** in Dortmund.

In den letzten Jahrzehnten sind mannigfache Einrichtungen getroffen, um den Forderungen der öffentlichen Gesundheitspflege Geltung zu verschaffen, insbesondere ist in Deutschland und Preußen auf gesetzgeberischem Gebiete Hervorragendes geleistet durch Schaffung des Gesetzes über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900 und des preußischen Gesetzes über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905. Auch das preußische Gesetz, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen vom 16. September 1899 hat durch Klarstellung des Wirkungskreises der hygienischen Lokalbeamten ohne Zweifel schon jetzt große Erfolge gezeitigt.

Die vorstehend genannten Gesetze, von so hervorragender Wichtigkeit sie auch für die öffentliche Gesundheitspflege im allgemeinen, die Sanitätspolizei und die in deren Interesse tätige praktische Bakteriologie sein mögen, enthalten naturgemäß, wie schon aus ihrer Bezeichnung hervorgeht, keinerlei Bestimmungen, welche die Hygiene des Nervensystems betreffen. Gerade diese letztere Hygiene ist aber zurzeit bei dem stetig sich vermehrenden Hasten und Treiben des Erwerbslebens und der

fortschreitenden Industrialisierung Deutschlands sehr wohl wert, in den Vordergrund des allgemeinen Interesses gerückt zu werden. Dies ist nicht nur mit Rücksicht auf den einzelnen, sondern in viel höherem Grade im Hinblick auf die Allgemeinheit von besonderer Wichtigkeit.

Es wird schwer möglich sein, die Zunahme der Nervenkrankheiten, insbesondere der sog. funktionellen Neurosen, wie Neurasthenie, Hysterie und dergl., zahlenmäßig richtig zu bezeichnen. Für jeden Arzt aber, der in großen Industriestädten mit überwiegender Arbeiterbevölkerung längere Zeit als Gutachter in Heilverfahren-Angelegenheiten tätig war, ist es außer allem Zweifel, daß unter dem Einfluß unseres heutigen Erwerbslebens funktionelle Schwächezustände und Erkrankungen des Nervensystems auch unter der Arbeiterbevölkerung jetzt viel häufiger beobachtet werden als noch vor 20 Jahren. Ich will in dieser Hinsicht nur auf den Jahresbericht des Allgemeinen Knappschaftsvereins zu Bochum für das Jahr 1911 verweisen, aus dem eine nicht unwesentliche Zunahme der Nervenkrankheiten für die letzten Jahre hervorgeht; denn in den Jahren 1909, 1910 und 1911 wurden 4151, 4195 und 4485 Fälle von Nervenkrankheit unter der Belegschaft dieses Knappschaftsvereins festgestellt.

Es sind deshalb vom hygienischen Standpunkte aus alle Bestrebungen zu begrüßen, die geeignet sind, die auf das Nervensystem einwirkenden Schädigungen zu verringern; hierhin gehören in erster Linie die Bekämpfung des Alkoholismus und der Geschlechtskrankheiten sowie die in den letzten Jahren hervortretenden Bestrebungen zur Verminderung der Geräuschbelästigung (Lärmschutz).

Es ist nicht meine Absicht, auf die personelle Nervenhygiene an dieser Stelle näher einzugehen; ich möchte vielmehr nur einige Bemerkungen über allgemeine Hygiene des Nervensystems machen, soweit sie mir für unsern modernen Verkehr und dessen Betriebsmittel zurzeit von Wichtigkeit erscheinen. Ohne hierbei eine Uebersicht über die Summe der verschiedensten Betriebe und Verkehrsmittel zu geben, gedenke ich zwei Beförderungsmittel, Automobil und Eisenbahn, im folgenden in den Kreis meiner Betrachtungen zu ziehen.

Nach einer Statistik des Dezernenten für das Automobilwesen der Düsseldorfer Regierung, Reg.-Rat Dr. Freusberg,[1] waren bis zum 1. Januar 1911 im Deutschen Reiche 70006 Automobile vorhanden, von denen 63162 zur Personenbeförderung und 6844 zur Lastbeförderung dienten. Gegen das Jahr 1910 hatte sich der Bestand der Automobile um 12200 = 21 % vermehrt. Von Oktober 1910 bis Oktober 1911 sind 8425 schädigende Ereignisse zur amtlichen Kenntnis gekommen, an diesen waren 8931 Automobile beteiligt. Verletzt wurden von Oktober 1910 bis Oktober 1911 im Deutschen Reiche 4262 Personen,

[1] Cf. Kölnische Zeitung; 1912, 848.

getötet 343. Dies würde bedeuten, daß in Deutschland täglich durchschnittlich 12 Personen durch Automobile verunglücken, von denen eine getötet wird. Die Höhe des durch Automobil-Unfälle verursachten Sachschadens wird auf 2 Millionen Mark für den genannten Zeitraum angegeben. Die meisten Automobil-Unfälle ereigneten sich nach der genannten Statistik am Samstag mit 17 % und am Montag mit 14,9 %. Daß am Montag verhältnismäßig viel Automobil-Unfälle vorkommen, ist erklärlich im Hinblick auf die Erfahrungen deutscher Berufsgenossenschaften, die ebenfalls eine größere Unfallhäufigkeit in verschiedenen gewerblichen Betrieben für den Montag feststellen konnten. Man wird nicht fehlgehen, wenn man die vermehrte Unfallhäufigkeit am Montag auf die sogen. Vergnügungen des voraufgegangenen Sonntags, Alkoholgenuß, mangelnden Schlaf und geschwächte Widerstandsfähigkeit des Nervensystems im wesentlichen zurückführt.

Bei der starken Zunahme des Automobil-Verkehrs erscheint es zweifellos geboten, auf Mittel und Wege zu sinnen, die Schädigungen dieses Verkehrs auf das größte Mindestmaß herabzudrücken. Es wird hierbei die Frage aufzuwerfen sein, ob die jetzt geltenden gesetzlichen Vorschriften über den Automobilverkehr in Deutschland, die auf Grund des Gesetzes über den Verkehr mit Kraftfahrzeugen vom 3. Mai 1909 (R.G.Bl. S. 437) erlassene Verordnung des Bundesrats vom 3. Februar 1910 (R.G.Bl. S. 389 ff.) genügende Gewähr für ausreichende Betriebssicherheit bieten, auch vom Standpunkt der Nervenhygiene aus.

In der Anlage B der genannten Verordnung ist zunächst eine Anweisung enthalten über die Prüfung des Führers von Kraftfahrzeugen; es wird das Zeugnis eines beamteten Arztes verlangt darüber, daß der Antragsteller keine körperlichen Mängel hat, die seine Fähigkeit, ein Kraftfahrzeug sicher zu führen, beeinträchtigen können, insbesondere Mängel hinsichtlich des Seh- und Hörvermögens. Die Ortspolizeibehörde hat ferner zu prüfen, ob gegen den Antragsteller Tatsachen vorliegen, z. B. schwere Eigentumsvergehen, Neigung zum Trunk oder zu Ausschreitungen, insbesondere zu Roheitsverbrechen, die ihn ungeeignet zum Führen eines Kraftfahrzeuges erscheinen lassen.

Jeder Führer eines Kraftfahrzeuges bedarf der Erlaubnis der zuständigen höheren Verwaltungsbehörde. Diese Erlaubnis gilt für das ganze Reich; sie ist zu erteilen, wenn der Nachsuchende seine Befähigung durch eine Prüfung dargetan hat und nicht Tatsachen vorliegen, welche die Annahme rechtfertigen, daß er zum Führer eines Kraftfahrzeuges ungeeignet ist. Personen unter 18 Jahren ist das Führen von Kraftfahrzeugen, insbesondere auch von Krafträdern, nicht gestattet; Ausnahmen können von der höheren Verwaltungsbehörde mit Zustimmung des gesetzlichen Vertreters zugelassen werden.

Im Abschnitt C b der betr. Verordnung wird von den be-

sonderen Pflichten des Führers gesprochen hinsichtlich Beobachtung der Signale, Schnelligkeit der Fahrt usw. Ueber Mäßigkeit im Genuß alkoholischer Getränke ist nichts gesagt.

In einem weiteren Abschnitt über die Untersagung des Betriebs bestimmt § 26, daß die Polizeibehörde jederzeit auf Kosten des Eigentümers eine Untersuchung darüber veranlassen kann, ob ein Kraftfahrzeug den nach Maßgabe dieser Verordnung zu stellenden Bedingungen, welche an anderer Stelle ausführlich dargestellt sind, entspricht. Im § 27 heißt es dann:

„Werden Tatsachen festgestellt, welche die Annahme rechtfertigen, daß eine Person zum Führen von Kraftwagen ungeeignet sei, so kann ihr die Fahrerlaubnis dauernd oder für bestimmte Zeit durch die höhere Verwaltungsbehörde entzogen werden."

Wir haben also zunächst die gesetzliche Vorschrift des Mindestalters von 18 Jahren für Kraftwagenführer, von der zudem noch Ausnahmen zulässig sind. In Uebereinstimmung mit dem oben erwähnten Reg.-Rat Dr. Freusberg halte ich es für besser, als gesetzliches Mindestalter das vollendete 21. Jahr festzusetzen. Man hat auf solche Weise eine bessere Gewähr dafür, jugendliche Personen, deren Charakter zu wenig gefestigt ist, von dem verantwortungsvollen Beruf des Chauffeurs auszuschalten. Mir ist es in meiner Praxis mehrfach vorgekommen, daß junge Burschen von 16 Jahren um Ausstellung eines amtsärztlichen Zeugnisses behufs Nachsuchung der Erlaubnis zum Führen von Kraftfahrzeugen mich ersuchten, Personen, die von ihren Arbeitgebern für völlig geeignet zum Chauffeur-Beruf gehalten wurden, die mir jedoch zu unreif und zu wenig gefestigt für diesen Beruf erschienen.

Von hervorragender Wichtigkeit erscheint für den Beruf des Kraftwagenführers die Mäßigkeit im Alkoholgenuß bezw. die Enthaltsamkeit von diesem. In der genannten Bundesratsverordnung ist einer solchen Forderung, wie oben gesagt, in dem Abschnitt, der von den Pflichten des Führers handelt, nirgends Erwähnung getan. Nur die Ortspolizeibehörde hat zu prüfen, ob gegen den Antragsteller Tatsachen vorliegen, wie Neigung zum Trunk, die ihn ungeeignet erscheinen lassen. Durch diese Bestimmungen werden zurzeit Personen, die regelmäßig täglich auch größere Alkoholmengen zu sich nehmen, wohl kaum von der Zulassung zum Chauffeur-Beruf ausgeschaltet werden können; die Polizeibehörde wird nicht in der Lage sein, eine Person wegen Neigung zum Trunk vom Chauffeur-Beruf fernzuhalten, die wie z. B. Brauer, regelmäßig täglich mehrere Liter Bier zu sich zu nehmen gewohnt sind, die sie kostenlos von der Brauerei erhalten. Daß aber durch solchen regelmäßigen, nicht gerade unerheblichen Alkoholgenuß die Gesundheit des Nervensystems und damit die Betriebssicherheit im Laufe der Zeit leiden muß, kann für den Arzt kaum einem Zweifel unterliegen.

Es ist dem Verfasser mehrfach vorgekommen, daß Personen um Ausstellung eines amtsärztlichen Zeugnisses für den Chauffeur-Beruf nachsuchten, die sehr deutliche Erscheinungen

akuter Alkoholvergiftung boten, die sich in starker Pulsbeschleunigung, Zittern der ausgespreizten Hände, Steigerung der Sehnen-Reflexe, Belegtsein der Zunge, auffallend heiterer und sorgloser Stimmung kundgab. Einmal wünschte sogar ein gebildeter junger Mann ein solches Zeugnis, der angab, aus Freude über den Kauf eines Automobils die halbe Nacht vor der Untersuchung Sekt getrunken zu haben. Als Verfasser wegen deutlicher Erscheinungen von seiten des Nervensystems die Ausstellung des gewünschten Zeugnisses ablehnte und eine neue Untersuchung nach Ablauf von 8 Tagen, nachdem zuvor kein Alkohol genossen, vorschlug, wurde der Antragsteller offensichtlich sehr verstimmt und ließ sich daraufhin niemals wieder sehen. Es scheint in weiten Kreisen der Bevölkerung immer noch die Meinung verbreitet zu sein, daß dauernder regelmäßiger Alkoholgenuß, auch wenn er mit gelegentlichen Ausschreitungen verbunden sei, keineswegs ungeeignet mache zum Chauffeur-Beruf.

Verfasser hat es sich bei den verhältnismäßig häufigen amtsärztlichen Untersuchungen für den Beruf des Kraftwagenführers zur Pflicht gemacht, nach Abschluß der Untersuchung des Nervensystems eine kleine, dem Verständnis des Antragstellers angepaßte Belehrung über den Alkoholgenuß zu geben; er betont dabei regelmäßig, daß derjenige auf die Dauer am sichersten ein Automobil führt, der gar keinen Alkohol genießt, daß jedenfalls die größte Mäßigkeit im Genuß alkoholischer Getränke notwendig sei, nicht nur für die Sicherheit der im Wagen befindlichen Personen, sondern vor allem auch zum persönlichen Schutz des Führers.

In dem zurzeit durch gleichlautende Verfügungen in allen Bundesstaaten eingeführten Formular des amtsärztlichen Zeugnisses und Gutachtens behufs Nachsuchung der Erlaubnis zum Führen von Kraftfahrzeugen lautet die Frage 3 „Bestehen Krankheiten des Nervensystems (Verhalten der Sehnen-Reflexe, Lähmungen, Epilepsie, Schwindel, Störungen des Gefühlssinnes, Geruchssinnes usw.)?"

Nach meinen Erfahrungen muß ich es für dringend erwünscht halten, daß diese Frage erweitert und hierbei auf den regelmäßigen oder vereinzelten Genuß alkoholischer Getränke ganz besonderes Gewicht gelegt wird.

In der den vorgenannten Verfügungen beigegebenen „Anleitung zur amtsärztlichen Untersuchung und Begutachtung von Personen, die um Zulassung als Führer von Kraftfahrzeugen nachsuchen" heißt es weiter hinsichtlich der Erkrankungen des Nervensystems:

„Hochgradige Neurasthenie und Geisteskrankheiten machen untauglich zur Führung eines Kraftfahrzeuges für die Dauer des Vorhandenseins dieser Leiden. Bei Verdacht auf progressive Paralyse ist das Zeugnis vorläufig zu verweigern; die Untersuchung kann in diesem Fall erst nach einer angemessenen Frist wiederholt werden. Bei Tabes und anderen organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems wird der Gutachter in jedem einzelnen Falle auf Grund des Gesamtergebnisses der Untersuchung entscheiden müssen, ob die

Krankheit derartig ist, daß sie die Sicherheit bei der Führung eines Kraftfahrzeuges gefährdet. Krämpfe (Epilepsie) und Schwindel machen unfähig zur Führung eines Kraftfahrzeuges."

Es ist hieraus ersichtlich, daß auf eine genaue Prüfung des Nervensystems der Antragsteller Gewicht gelegt wird. Dringend wünschenswert wäre nur eine Ergänzung der oben genannten Frage 3, z. B. folgendermaßen:

„Finden sich Zeichen von chronischer oder akuter Alkoholvergiftung?
Ist der Antragsteller an den regelmäßigen Genuß alkoholischer Getränke gewöhnt?
Welcher Getränke?
Wieviel pflegt er täglich von solchen Getränken zu sich zu nehmen?
Trinkt er nur zeitweise alkoholische Getränke, wie oft etwa, welche Getränke und in welchen Mengen?"

Der Antragsteller würde durch Unterschrift zu verpflichten sein, diese dem Arzt zu machenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen abzugeben; bei bewußter Täuschung würde die Entziehung der Führererlaubnis in Betracht kommen.

Auf solche Weise würden ungeeignete Personen, die dem Alkoholgenuß auf Kosten der Betriebssicherheit huldigen, viel eher vom Chauffeur-Beruf auszumerzen sein, als es jetzt der Fall ist.

Es kann nicht zweifelhaft sein, daß es auf die Dauer für die Betriebssicherheit des Automobilverkehrs am besten wäre, nur völlig alkoholenthaltsame Personen zum Chauffeur-Beruf zuzulassen; bei den auch jetzt noch in Deutschland herrschenden Ansichten über den Alkoholgenuß dürfte jedoch eine dahingehende Bestimmung praktisch bis auf weiteres auf große Schwierigkeiten stoßen. Man würde auch sofort über unerträgliche Beschränkung der persönlichen Freiheit murren und sicherlich Sturm laufen gegen eine solche Bestimmung nicht nur von seiten der gegen Gehalt angestellten Chauffeure, sondern vor allem auch aus den Kreisen der selbstfahrenden Automobilbesitzer. Die oben vorgeschlagene Erweiterung der Frage 3 betr. Alkoholgenuß vermeidet das allzu Radikale und bahnt doch einen Weg an, auf dem es gelingen wird, durch Alkoholgenuß nervenschwache und unsichere Personen vom Chauffeur-Dienst fernzuhalten und damit sicherlich auch die Unfallhäufigkeit des Automobilverkehrs zu verringern. Sehr zweckmäßig würde es auch sein, wenn es sich allgemein einbürgern sollte, völlig alkoholabstinenten Kraftwagenführern einen höheren Lohn zu zahlen als solchen, die gelegentlich mäßige Alkoholmengen zu sich nehmen.

Nach der zurzeit geltenden Verordnung ist nur eine einmalige amtsärztliche Untersuchung der angehenden Kraftwagenführer vorgeschrieben. Nun ist es aber sehr wohl möglich, daß eine Person bei der ersten Untersuchung ganz gesund sein kann, insbesondere auch hinsichtlich des Nervensystems, daß aber im Laufe der Zeit, nach einigen Jahren eine schwere Erkrankung wie Neurasthenie, Alkoholismus, progressive Paralyse oder dergl. sich einstellen kann, die auch im Anfangs-

stadium die Sicherheit des Führers ganz erheblich verringern kann.

Der angeführte § 27 der genannten Bundesratsverordnung gibt zwar der Verwaltungsbehörde das Recht, die Führer-Erlaubnis dauernd oder für bestimmte Zeit zu entziehen, falls Tatsachen bekannt werden, die eine bestimmte Person zum Führer von Kraftwagen als ungeeignet erscheinen lassen, bietet praktisch jedoch wohl nur in den seltensten Fällen eine genügende Handhabe, durch Krankheit ungeeignet gewordene Personen vom Chauffeurdienst auszuschließen. Die Ortspolizeibehörde wird, namentlich in größeren Städten, fast nie Kenntnis erhalten von der Erkrankung eines Kraftwagenführers, erst wenn ein Unglücksfall eingetreten ist und die Unsicherheit des Führers deutlich zutage tritt, kann sie eingreifen. Es ist deshalb im Interesse der Sicherheit des Automobilverkehrs dringend zu wünschen, daß Kraftwagenführer in regelmäßigen Zwischenräumen, etwa alle 5 Jahre, sich einer amtsärztlichen Untersuchung unterziehen müssen, so wie es z. B. jetzt in der preußischen Staats-Eisenbahnverwaltung von den Lokomotivführern hinsichtlich der Sehschärfe, des Farbenunterscheidungs- und Hörvermögens verlangt wird. Bei diesen Nachuntersuchungen würde zweckmäßig dasselbe, in der oben vorgeschlagenen Form erweiterte Formular benutzt werden, wie bei der ersten Untersuchung. Es mag ja für den einzelnen unbequem und hart sein, sich von Zeit zu Zeit immer wieder ärztlichen Nachuntersuchungen zu unterziehen, aber das Interesse der Allgemeinheit muß höher gewertet werden als die Rücksichtnahme auf Einzelpersonen, da es sich, wie im Anfang ausgeführt, bei der Erhöhung der Betriebssicherheit des Automobilverkehrs jährlich um viele kostbare Menschenleben und um einen nicht unbedeutenden Sachschaden handelt.

Im Interesse einer größeren Betriebssicherheit würde es ferner liegen, wenn sämtliche Automobile in bestimmten Zwischenräumen durch geeignete technische Sachverständige immer von neuem untersucht würden. Zurzeit gibt § 26 der Verordnung des Bundesrats vom 3. Februar 1910 der Polizeibehörde wohl das Recht, jederzeit auf Kosten des Eigentümers eine Untersuchung darüber zu veranlassen, ob ein Kraftfahrzeug den nach Maßgabe der Verordnung zu stellenden Bedingungen entspricht; es ist jedoch nicht ausdrücklich bestimmt, daß diese Untersuchungen immer von neuem in gewissen Zwischenräumen erfolgen müssen.

Ferner würde die Sicherheit des Automobilverkehrs nicht unwesentlich erhöht, wenn alle Kraftwagenführer verpflichtet wären, eine Schutzbrille während des Fahrens zu tragen. Zurzeit wird für Kraftwagenführer in Deutschland eine Mindestsehschärfe mit oder ohne Glas auf einem Auge = $^2/_3$, auf dem anderen = $^1/_3$ verlangt. Sehr viele Führer sind schon wegen ihres Sehvermögens gezwungen, beim Fahren stets eine Brille zu tragen.

Der Hauptzweck der Schutzbrille ist aber unstreitig der, den Luftzug von den Augen abzuhalten, der bei längerer Fahrt sehr unangenehme und lästige Entzündungserscheinungen verursachen kann.[1]) Der Einwand, daß die Schutzbrille beim Fahren hinderlich sei, weil sie leicht beschlage, ist hinfällig, denn ein Beschlagen der Schutzbrille ist wohl denkbar, wenn der Führer erhitzt ist und sich in Ruhe befindet, während der Fahrt aber wird durch den kühlenden Luftzug Gesicht und Schutzbrille des Führers auf annähernd gleiche Temperatur gebracht, so daß die Brille nicht beschlägt. Es kommt hinzu, daß in manchen Gegenden, die im Sommer viel unter der Mückenplage zu leiden haben, oder in Industriegegenden kleine Insekten oder Kohlenstaubteilchen dem Automobilführer sehr leicht ins Auge getrieben werden; geschieht dies an beiden Augen, so daß der Führer plötzlich Schmerz in den Augen empfindet, reflektorisch die Augen schließt und in begreiflicher nervöser Erregung die Fremdkörper zu entfernen sucht, so ist die Sicherheit seines Kraftwagens zeitweise ganz erheblich gefährdet. Nun ist allerdings zuzugeben, daß diese Gefährdung der Augen des Kraftwagenführers ganz bedeutend verringert wird, wenn sich vor dem Führersitz, wie es häufig der Fall ist, eine gläserne Schutzwand befindet, doch werden auch jetzt noch nicht selten Automobile getroffen, bei denen eine solche Schutzwand vor dem Führersitz fehlt; anderseits können gelegentlich je nach Windrichtung und Windstärke auch Fremdkörper seitlich von solcher Schutzwand in das nicht mit Brille versehene Auge des Führers gelangen.

Es braucht hier kaum betont zu werden, daß auf dem Gebiete der Betriebssicherheit des Kraftwagenverkehrs nicht alles auf dem Wege behördlicher Verordnung zu erreichen ist; deshalb ist die Selbsthilfe der Automobilklubs, wie sie z. B. der Rheinisch-Westfälische Automobilklub eingeführt hat, im Interesse der Allgemeinheit nur zu begrüßen. Der genannte Klub hat Kontrollfahrten veranstaltet, an denen sich Polizeibeamte beteiligten, um innerhalb der Straßen die Fuhrleute auf ihr Verhalten zur Fahrordnung zu prüfen; er läßt ferner Merkblätter an Schulkinder verteilen über Vorsichts- und Verhaltungsmaßregeln beim Automobilverkehr; er erstrebt vor allem wie andere Automobilklubs das schärfste Vorgehen gegen die sogen. schwarzen Fahrer, die eigenmächtig und widerrechtlich Kraftwagen benutzen und dabei sehr häufig die Sicherheit der Insassen des Wagens und des Publikums gefährdet haben.

Daß es endlich für die Sicherheit des Verkehrs wie für die Nervenhygiene der Kraftwagenführer von großem Vorteil wäre, wenn auch in Deutschland mehr und mehr, in schnellerem Tempo als es jetzt geschieht, besondere, gut gebaute, mit staubverminderndem Belag (z. B. Teerpräparaten, Westrumit oder dergl.) versehene Automobilstraßen gebaut würden, bedarf keiner weiteren Erörterung.

---

[1]) Cf. Jung; Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1910, Nr. 19, S. 705 ff.

Aehnliche Anforderungen der Nervenhygiene, wie sie im Vorstehenden für Kraftwagenführer aufgestellt sind, würden zweckmäßig auch für das im Eisenbahnbetriebsdienst an verantwortlicher Stelle befindliche Personal zu stellen sein, vor allem für die Lokomotivführer und -Heizer, Zugführer, Weichensteller, Personen, die nach der Uebersicht der Dienstklassen der preußischen Staatseisenbahnverwaltung, geordnet nach den Anforderungen an das Sehvermögen, zur Gruppe A gerechnet werden; bei diesen soll die Sehschärfe auf jedem Auge mindestens $^2/_3$ ohne Glas betragen.

Von welch unendlicher Wichtigkeit die Hygiene des Nervensystems für die Betriebssicherheit ist, hat in letzter Zeit noch aufs deutlichste das Müllheimer Eisenbahnunglück[1]) bewiesen, das am 17. Juli 1911 durch Entgleisung eines Eilzuges in der Station Müllheim (Baden) eintrat und bei dem 14 Personen getötet, 10 schwer und 74 leicht verletzt worden sind. Bis Ende Mai 1912 hat die Badische Staatseisenbahnverwaltung 1 765 000 Mark an Entschädigungsgeldern ausbezahlt und den entstandenen Materialschaden auf 130 540 Mark berechnet. Die Entgleisung des Eilzuges ist dadurch veranlaßt, daß der Lokomotivführer beim Durchfahren einer Weiche nicht, wie vorgeschrieben war, eine Geschwindigkeit von 20 km pro Stunde innehielt, sondern die frühere Geschwindigkeit von rund 110 km pro Stunde auch beim Durchfahren dieser Weiche beibehielt. Durch die Gerichtsverhandlung ist für jeden unbefangenen Beobachter und Arzt zweifellos festgestellt worden, daß der Alkohol für das Müllheimer Eisenbahnunglück verantwortlich zu machen ist. Der Lokomotivführer hatte in den letzten 18 Stunden vor dem Unglück im ganzen 178,2 g Alkohol und davon 53,4 g unmittelbar vor der Fahrt des Unglückszuges zu sich genommen, er hat zudem in der Nacht vor dem Unglück nur etwa drei Stunden geschlafen; die Ruhepausen, die ihm der Dienst gewährte, hat er zum großen Teil zum Aufenthalt in Wirtschaften und zum Trinken benutzt. Daß hierdurch sein Nervensystem geschwächt war und die Sinne getrübt werden mußten, ist außer allem Zweifel. Es kommt hinzu, daß derselbe Lokomotivführer bereits früher, im Jahre 1903 infolge von Betrunkenheit die Entgleisung einer Maschine verschuldet hatte, weshalb er mit Arreststrafe und zeitweiliger Zurückziehung aus dem Streckendienst bestraft worden war.

Wenn im Verlaufe der Gerichtsverhandlung die Meinung geäußert wurde, der Alkohol gelte in den Kreisen des Eisenbahnbetriebspersonals als Anregungsmittel, dessen Genuß gleichsam ein Bedürfnis sei, so müssen solche Ansichten vom Standpunkte der Betriebssicherheit und der Nervenhygiene gleichermaßen aufs Nachdrücklichste zurückgewiesen werden. Es ist eine ernste Pflicht aller Beteiligten, die Frage des zulässigen

---

[1]) Nach einer Veröffentlichung von Dr. Fuchs in den Mäßigkeits-Blättern Nr. 7/8; 1912.

Alhoholgenusses bei Personen in derartig verantwortungsvollen Stellungen wie Lokomotivführer und dergl. einer sehr gründlichen Revision zu unterziehen, andernfalls würde das Publikum keine genügende Sicherheit dafür haben, daß Unglücksfälle soweit als menschenmöglich vermieden werden. Sehr beachtenswert ist der Vorschlag von Fuchs in der vorher erwähnten Veröffentlichung, man müsse dazu übergehen, auf die Lebensgewohnheiten des Eisenbahnbetriebspersonals auch außerhalb der Dienstzeit zu achten. Während der Dienstzeit ist dem Fahrpersonal der Genuß alkoholischer Getränke wohl bei den Eisenbahnen der meisten Staaten verboten. Eine vollkommene Alkohol-Abstinenz auch in der dienstfreien Zeit wird sich aus den oben angeführten Gründen in Deutschland bis auf weiteres leider noch nicht durchführen lassen.

Diese Ansicht ist auch von einem bewährten Eisenbahnfachmann, dem Eisenbahndirektor de Terra in einem Vortrag vertreten worden, den er am 8. August 1903 auf dem ersten deutschen Abstinententag in Berlin gehalten hat.[1])

In diesem Vortrag sagte de Terra wörtlich (S. 9):

„Nach einem Ausspruch des belgischen Eisenbahnministers ist die Hälfte aller Eisenbahnunfälle auf Alkoholmißbrauch zurückzuführen, und der Ministerpräsident eines der größten deutschen Bundesstaaten mit einem ausgedehnten Staatsbahnnetz gab im vorigen Sommer bei einer Unterredung mit mir sogar der Ueberzeugung Ausdruck, daß der größte Teil aller Eisenbahnunfälle durch Alkoholmißbrauch verursacht werde. Mit der Einschränkung, daß von den durch das Personal verschuldeten und nicht etwa durch höhere Gewalt oder Materialschäden herbeigeführten Eisenbahnunfällen die meisten mit Alkoholmißbrauch in ursächlichem Zusammenhange stehen, wird dieser Ausspruch der Wahrheit zweifellos sehr nahe kommen. Genaue Ermittelungen darüber liegen leider nicht vor, obwohl die Oeffentlichkeit ein berechtigtes Interesse daran hat, daß auch in dieser Beziehung völlige Klarheit geschaffen wird. Es wäre deshalb sicherlich außerordentlich erwünscht, daß jede Untersuchung eines Unfalls, und sei er noch so unbedeutend, grundsätzlich auch darauf ausgedehnt würde, ob und inwiefern etwa Alkoholmißbrauch dabei mitgewirkt hat."

An einer anderen Stelle (S. 11) spricht de Terra über die materiellen Werte, die beim Eisenbahndienst in Betracht kommen:

„Ende des Jahres 1901 waren in Deutschland über 13 Milliarden Mark in Eisenbahnen angelegt. In diesem Jahre wurden auf den deutschen Eisenbahnen befördert: 863 Millionen Personen, an Gütern rund 345 Millionen Tonnen. Unfälle ereigneten sich insgesamt: 3077, davon Entgleisungen: 443, Zusammenstöße: 289; es wurden getötet: Reisende 85, Bahn-Beamte und -Arbeiter 481; es wurden verletzt: Reisende 379, Bahnbeamte und -Arbeiter 1242. Entschädigungen auf Grund des Haftpflichtgesetzes und der Unfallversicherungsgesetze wurden gezahlt 12,8 Millionen Mark."

de Terra schildert ferner überzeugend, welche hohen Ansprüche der Eisenbahndienst „an die Aufmerksamkeit, Urteilsfähigkeit und Entschlossenheit, an die Klarheit des Denkens und Handelns, namentlich der im Stations- und Zugdienste tätigen Beamten stellt".

Den Bemühungen des Eisenbahndirektors de Terra ist es gelungen, den Deutschen Verein enthaltsamer Eisenbahner ins Leben zu rufen. Obwohl de Terra von der Nützlichkeit

[1]) Alkohol- und Verkehrswesen. Vortrag von Eisenbahndirektor de Terra. Verlag von Deutschlands Großloge II des I. O. G. T., Geschäftsstelle: P. Jepsen. Flensburg, Neustadt 45.

vollkommener Alkoholabstinenz für den Eisenbahnbetriebsdienst überzeugt ist, schreibt er in dem genannten Vortrage, daß wir in Deutschland von der Möglichkeit, eine derartig „radikale" Forderung wie die völlige Alkoholenthaltsamkeit zu stellen, noch sehr weit entfernt seien.

„Erst dann, wenn das Verständnis für die Schädlichkeit gewohnheitsmäßigen Alkoholgenusses und für den Nutzen völliger Enthaltsamkeit, besonders für den gefahrvollen und verantwortlichen Verkehrsdienst, in alle Kreise unseres Volkes gedrungen sein wird, wenn diese Einsicht gewissermaßen Gemeingut der Gesamtheit geworden sein wird, wie es in Nordamerika und in anderen nordischen Ländern schon heute der Fall ist, erst dann wird es möglich sein, im Interesse des Gesamtwohls eine derartige Forderung zu stellen, ohne daß sie als ein ungerechtfertigter Eingriff in die persönliche Freiheit des einzelnen empfunden und bekämpft wird."

Diese Ansichten werden im allgemeinen auch heute noch als zu Recht bestehend angesehen werden müssen, wenn auch seit dem Jahre 1903 die Mäßigkeitsbewegung in weiteren Kreisen der deutschen Bevölkerung nicht unwesentliche Fortschritte gemacht hat. Seitens der preußischen Staatseisenbahnverwaltung wird zurzeit vor der Anstellung von Eisenbahnbeamten wie Lokomotivführern und dergl. durch den Bahnarzt in einem ausführlichen Gutachten (Formular Nr. 151, Aerztliches Zeugnis für männliche Beamte und Hilfsbeamte) bei einer besonderen Frage (Nr. 18) festgestellt, ob „Anzeichen vorhanden sind, daß der Untersuchte zum Alkoholmißbrauch neigt, wenn ja, welche?" Auch sonst werden in diesem Formular-Gutachten recht eingehende und gründliche Fragen nach dem allgemeinen Gesundheitszustand, insbesondere nach dem Zustand des Nervensystems, gestellt. Zur besseren Beurteilung eines Antragstellers hinsichtlich seiner Stellung zum Alkoholgenuß halte ich es für dringend erwünscht, daß in dem genannten Formular (Nr. 151) noch eine Frage aufgenommen wird, die Auskunft gibt über Art und Menge des regelmäßigen oder zeitweiligen Alkoholgenusses, so wie es oben für Kraftwagenführer dargestellt ist.

Daß die Mäßigkeit im Genuß alkoholischer Getränke in weiten Kreisen des Eisenbahnbetriebspersonals in letzter Zeit wesentlich zugenommen hat gegen früher, wird von guten Kennern des Eisenbahnwesens versichert. In dieser Hinsicht werden auch die Vorträge, die auf Veranlassung der preußischen Staatseisenbahnverwaltung die Bahnärzte dem Betriebspersonal pflichtgemäß zu halten haben, nicht ohne Einfluß sein. Weiterhin ist von großem Nutzen, daß jetzt überall auf den Stationen alkoholfreie Getränke in guter Beschaffenheit und zu angemessenen Preisen zu erhalten sind. Sehr erwägenswert erscheint der Vorschlag, solche Betriebsbeamte wie Lokomotivführer, Zugführer, Weichensteller und dergl., die vollkommen alkoholabstinent sind, zu bevorzugen bei der Anstellung, durch Gehaltszulagen usw. Hierdurch würde die Wichtigkeit der Alkoholenthaltsamkeit für die Betriebssicherheit offiziell anerkannt, so daß voraussichtlich die Zahl der alkoholabstinenten Eisenbahn-

betriebsbeamten auch in Deutschland sich nicht unbedeutend vergrößern würde.

Für die Nervenhygiene des Eisenbahnbetriebspersonals kommt nun außer der Stellung zum Alkoholgenuß vor allem eine ausreichende Nachtruhe oder gegebenenfalls genügende Ruhe bei Tage in Betracht.

Im Eisenbahndirektionsbezirk Essen besteht, wie mir mitgeteilt ist, die Vorschrift, daß Betriebsbeamte wie Lokomotivführer vor dem Dienstantritt 8 Stunden ruhen sollen. Es erscheint auch im Hinblick auf die Erfahrungen des Müllheimer Eisenbahnunglücks dringend erwünscht, schärfer zu kontrollieren, ob Personen mit derartiger Verantwortung wie Lokomotivführer, -Heizer, Zugführer und dergl. vor Antritt ihres Dienstes auch wirklich 8 Stunden völlig ausgeruht haben. Ein genügend langer, möglichst 8 — 9 stündiger Schlaf müßte jedesmal dem Dienst eines verantwortlichen Betriebsbeamten, z. B. eines Lokomotivführers, vorausgehen. Daß es für die Behörden schwer ist, dahingehende Bestimmungen zu erlassen, und daß solche für die einzelnen Beamten unter Umständen recht unbequem sein können, ist zuzugeben, aber wo ein kräftiger Wille ist zum Durchführen einer so wichtigen Anordnung, wird sich auch ein gangbarer Weg anbahnen lassen.

Sehr zu begrüßen sind auch vom Standpunkt der Nervenhygiene die in den letzten Jahren immer mehr in die Tat umgesesetzten Bestrebungen deutscher Eisenbahnverwaltungen, zweckentsprechende Unterkunftsräume für das Betriebspersonal auf den Stationen zu schaffen. Bei Anlagen solcher Unterkunftsräume ist vor allem auf möglichst ruhige Lage, Anbringung von Doppelfenstern und Läden zur Verminderung der Geräuschbelästigung und zur Abhaltung des Tageslichts Bedacht zu nehmen, damit eine ausreichende Ruhe zur Tages- und Nachtzeit ermöglicht wird, ferner auf Beschaffung von Räumen für eine Person neben solchen für mehrere. Eine gute Wohnungshygiene ist oft gleichbedeutend mit zweckmäßiger Nervenhygiene und sollte deshalb gerade von den Eisenbahnverwaltungen nicht unterschätzt werden. Eisenbahnbetriebsbeamte wie Zugführer und Lokomotivführer sollten in möglichst ruhiger Lage wohnen, derart, daß sie durch Geräusche nicht übermäßig belästigt werden, falls sie wegen ihres Dienstes gezwungen sind, am Tage zu schlafen. In dieser Beziehung könnte sicherlich noch an manchen Plätzen, namentlich in großen Städten und Industrieorten, Besserung eintreten. So ist z. B. dem Verfasser ein Haus in seinem Wohnort bekannt, in dem 8 Familien mit zusammen 42 Personen wohnen, von diesen sind 3 Lokomotivführer, 3 Zugführer, 1 Rangierer. Die Lage dieses Hauses ist eine besonders unruhige, an der Vorderseite führt die elektrische Straßenbahn vorbei, die dort 5-Minuten-Verkehr hat, zudem herrscht hier auf dem Fahrdamm ein sehr lebhafter Fuhrwerksverkehr; auf der andern Seite befinden sich in geringer Entfernung zwei Fabrikbetriebe; an die Hinterseite dieses Hauses

grenzt ein sehr kleiner Hofraum an, der von den zahlreichen Kindern zu mehr oder weniger lauten Spielen benutzt wird. Daß unter solchen Verhältnissen von einem guten und erquickenden Schlaf für die im Hause wohnenden Eisenbahnbetriebsbeamten während des Tages, wo sie aus dienstlichen Gründen häufig zu ruhen gezwungen sind, nicht die Rede sein kann, ist wohl einleuchtend.

Häufiger wird auch der Schlaf ein ungenügender sein, wenn ein Eisenbahnbetriebsbeamter selbst an Nervosität erkrankt ist oder durch Krankheiten in seiner Familie, z. B. Scharlach, Diphtherie oder andere Krankheiten der Kinder oder durch Erkrankung der Ehefrau, in seinem Schlaf verkürzt und gestört wird. Ein schlechter Schlaf von einigen Nächten oder sogar mehreren Wochen, wie er öfter in solchen Fällen eintritt, ist zweifellos geeignet, die Gesundheit des Nervensystems auch bei einem bis dahin gesunden Eisenbahnbetriebsbeamten mindestens zeitweilig nicht unerheblich zu schädigen. Die betreffenden Vorgesetzten werden gut tun, auf Zeichen solcher, etwa durch Krankheit in der Familie hervorgerufener, nervöser Erschöpfung zu achten und den Betriebsbeamten, wenn es der Dienst erfordert, sofort dem Bahnarzt zu überweisen und bis auf weiteres zu beurlauben. Sicherlich wird auch jetzt schon mancherorts so verfahren, ohne daß hierüber besondere Bestimmungen seitens der vorgesetzten Behörde erlassen sind.

Auch für die Eisenbahnverwaltungen müssen regelmäßige, in bestimmten Zwischenräumen erfolgende Nachuntersuchungen verantwortungsvoller Betriebsbeamter wie Lokomotiv- und Zugführer, Weichensteller und anderer für dringend wünschenswert erachtet werden, so wie es oben für Kraftwagenführer dargestellt ist; diese Nachuntersuchungen würden sich nicht nur auf die Sehschärfe sowie das Farbenunterscheidungs- und Hörvermögen, sondern auch auf den gesamten Gesundheitszustand, insbesondere auch das Nervensystem zu erstrecken haben. Wenn bei solcher Nachuntersuchung ein Betriebsbeamter durch den Bahnarzt als untauglich für seinen bisherigen verantwortungsvollen Posten befunden ist, so müßte er in einem anderen Dienstzweig beschäftigt werden, ohne daß er eine Schädigung in seinem Gehalt erlitte. Die Beschäftigung für ihre spezielle Tätigkeit dienstuntauglich gewordener Lokomotivführer auf einem anderen Posten stößt allerdings praktisch auf manche Schwierigkeiten; im Interesse der Verkehrssicherheit würde es jedoch zweifellos liegen, solche Schwierigkeiten so weit als irgend möglich zu überwinden. Daß mit einer solchen Versetzung in einem anderen Dienstzweig keine Verringerung des Gehalts verbunden sein darf, ist schon aus dem Grunde erforderlich, weil nur auf diese Weise die zu untersuchenden Beamten den ärztlichen Nachuntersuchungen mit Ruhe entgegensehen können; entgegengesetztenfalls würde gerade durch solche Untersuchungen eine Quelle der Nervosität erzeugt, was doch unter allen Umständen zu vermeiden ist.

Die obigen Ausführungen, die bei der Vielseitigkeit des gestellten Themas die Angelegenheit naturgemäß nicht erschöpfend behandeln, sondern nur das Wichtigste und Nächstliegende hervorheben, sollen die jetzt bestehenden Einrichtungen, Vorschriften und Verordnungen nicht in scharfer oder gar verletzender, aber auch nicht in unfruchtbarer Weise kritisieren. Man muß das feste Vertrauen zu den Verwaltungsbehörden und zu den gesetzgebenden Körperschaften haben, daß sie bei Aufstellung der jetzigen Vorschriften und Verordnungen jederzeit das Beste für die Betriebssicherheit erreichen wollten. Anderseits erscheint in Anbetracht des ständig wachsenden Verkehrs im Automobil- und Eisenbahnwesen und der gesteigerten Anforderungen an die Nervenkraft des Führer- und Betriebspersonals die Frage dringend der Erwägung bedürftig, inwieweit die jetzigen Bestimmungen und Verordnungen, etwa in der oben angegebenen Weise, noch zu ergänzen sind, damit Unfällen im Automobil- und Eisenbahnverkehr, die mit dem Führer und Betriebspersonal zusammenhängen, soweit als irgend möglich vorgebeugt wird.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Tod in Lokalnarkose. Von Dr. Ritter-Berlin. Medizinische Klinik: 1912, Nr. 30.

Ein 16jähriges Mädchen, das wegen Struma operiert werden sollte, bekam 1½ Stunden vor der Operation 1,5 g Adalin per os und 1 Stunde vorher 0,015 Morphin subkutan. Nach den notwendigen Vorbereitungen wurden dann 50 ccm einer 2%igen Alypinlösnng in das Operationsgebiet eingespritzt. 10 Minuten nach der Injektion traten Bewußtlosigkeit, Zyanose, Zuckungen und schnappende Atembewegungen ein. Der Anfall dauerte 30 bis 40 Sekunden und wiederholte sich nach wenigen Minuten. Trotz Injektion von Koffein, Kampfer und Digalen, trotz Kochsalzinfusionen, Herzmassage und künstlicher Atmung trat nach zirka 5 Stunden der Tod ein.

Verfasser ist der Ansicht, daß man es hier mit einer summierten Wirkung der Narcotica und des Alypins zu tun habe. Rpd. jun.

Nekrosen an der Hand infolge Anwendung von Umschlägen mit essigsaurer Tonerde. Von Dr. Esau-Aschersleben. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 28.

Verfasser teilt 4 Fälle aus seiner Praxis mit, wo nach Verbänden mit verdünnter essigsaurer Tonerde binnen 24 Stunden ausgedehnte Nekrosen, die den bekannten Karbolgangränen weder an Schnelligkeit, noch an Tiefenwirkung nachstanden, auftraten. Irgend welche besondere Umstände, zu starke Lösung oder dergl. lagen nicht vor. Verfasser knüpft daran die Mahnung zur Vorsicht; man solle lieber abgekochtes Wasser oder dünne Borsäurelösung nehmen.

Rpd. jun.

Schußverletzung des Gehirns mit Verweilen der Kugel im 4. Ventrikel während 4½ Jahre. Von Dr. R. Jäger, Assistenzarzt der Univ.-Klinik für Geistes- und Nervenkranke zu Halle a. S. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 39.

Ein 27jähriger Buchhalter schoß sich bei einem Suizidversuch eine 9 mm Lefaucheuxkugel in die rechte Schläfe. Nach 3tägiger Bewußtlosigkeit kam er zu sich, konnte nur unverständlich lallen; linker Arm und linkes Bein

waren geschwächt, Gehen nicht mehr möglich. Später lernte er wieder laufen. Seit 3 Jahren war aber das Gehen wieder schlechter, so daß er nur mit Hilfe eines Stockes einige Schritte langsam gehen konnte. Es bestanden seitdem auch Zuckungen im linken Arm, die täglich anfallsweise auftraten, sowie Zwangslachen. Bei der 4½ Jahre später erfolgten Aufnahme in die Klinik ergab der klinische Untersuchungsbefund: linksseitige spastische Hemiparese mit Ataxie, Blicklähmung nach oben, oben außen und oben innen beiderseits, Beschränkung des Blickes nach außen, Nystagmus, Rotationsbewegungen der Bulbi im umgekehrten Sinne des Uhrzeigers, leichte Ptosis mit Pupillenerweiterung links, Konvergenzlähmung, bulbäre Sprachstörung, Zwangslachen, Anfälle von klonischen Beugezuckungen im paretischen linken Arm. Verfasser erklärt in längeren, höchst interessanten Ausführungen die vorhandenen Störungen durch den Schußkanal im Gehöre und bemerkt, daß aus dem klinischen Bilde nichts auf den momentanen Sitz der Kugel schließen ließ und alle Symptome durch den Schußkanal ungezwungen erklärt wurden. Die Stabilität des Befundes während mehrerer Jahre ließ überhaupt vermuten, daß die Kugel nicht in der Nervenmasse saß, wo sie vermöge ihres Gewichtes doch mehr Folgeerscheinungen gemacht hätte. Die Röntgenbilder zeigten auch, daß sie vorn in der hinteren Schädelgrube in Medianlinie saß, wahrscheinlich im Tantorium, das derb genug ist, um sie aufzuhalten. Bei dem behufs Entfernung der Kugel vorgenommenen operativen Eingriffe konnte die Kugel nicht entfernt werden. Am Abend des Operationstages trat plötzlich Kollaps und Exitus ein. Bei der Sektion fand sich unmittelbar vor dem Aquaeductus Syloii an einem ziemlich derben Stiel eine starke Bleikugel polypenartig frei in dem Volumen des 4. Ventrikels hängend. Der Ventrikel war nur ganz wenig erweitert und nach dem rechten Rezessus zu derber und bräunlich. Sein Ependym war im ganzen dicht, aber nirgends granuliert; die Decke des 4. Ventrikels normal. Wenn somit der Sektionsbefund hinsichtlich des Verlaufs der Kugel durch die Hemisphäre und die Haube die klinischen Diagnose bestätigt hat, so ist der Sitz der Kugel im 4. Ventrikel doch sehr überraschend. Eine Erklärung hierfür läßt sich wohl nur dadurch geben, daß 1. die Kugel sehr hoch im 4. Ventrikel in der Mittellinie saß und 2. sie einerseits durch den aus den Boden des 4. Ventrikels herausgerissenen Stiel, anderseits durch das darüber lagernde Kleinhirn in ihrer Lage so festgehalten wurde, daß sie sich nicht bewegen konnte. Auf der Festigkeit des Ependyms muß es beruhen, daß die Kugel nicht durch Druck weitere Schädigungen hat machen können.

Dr. Waibel-Kempten.

Zur Lues-Diagnose an der Leiche. Von Dr. Gruber-München. Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin; 63. Jahrg.; 1912, H. 2.

Die neueren Erfolge auf dem Gebiete der bakteriologischen und serologischen Luesdiagnose haben diese auch an der Leiche um ein gutes Stück vorwärts gebracht. Bei Neugeborenen, bei denen der Verdacht einer kongenitalen Lues vorliegt, wird der Nachweis der Spirochaeta pallida, der sehr leicht gelingt, Klarheit schaffen. Am häufigsten ist sie in Milz, Leber und Nebennieren zu finden; als einfachstes Verfahren empfiehlt Verfasser das von Barri eingeführte Tuscheverfahren, wobei ein Tropfen aus dem verdächtigen Organ mit einem Tropfen schwarzer Pelikan-Tusche vermischt wird. Dieses Verfahren läßt sich auch am Sektionstisch ausführen.

Beim Erwachsenen ist der Nachweis von Spirochaeten nur selten zu erbringen; dagegen kann die Wassermannsche Reaktion sehr gute Dienste leisten, wenn auch nur mit gewissen Einschränkungen. Als positiv ist die Reaktion nur zu verwerten, wenn es sich um eine völlige oder nahezu völlige Hemmung der Hämolyse handelt und wenn sie doppelt mit verschiedenen Extrakten angestellt ist. Zur Anstellung der Reaktion eignet sich am besten aseptisch entnommenes Herzblut. Verfasser teilt dann noch einige praktische Fälle mit, in denen die Reaktion Entscheidung gebracht hat. Rpd. jun.

Gerichtlich-medizinische Bedeutung der Knochenfunde. Aus dem gerichtl. med. Institut der Universität Zürich. Direktor: Prof. Dr. H. Zangger. Inaug.-Diss. von Josef Weibel. Zürich 1912; 61 S.

Bei Ausgrabungen lange Zeit nach dem Tode eines Menschen oder beim

Graben von Fundamenten aufgefundene Knochen zerfallen durch das lange Liegen im Grabe und haben abgestumpfte Bruchflächen, so daß zusammengehörige Fragmente nicht mehr aufeinanderpassen. Es fehlt die feinere Struktur der Spongiosa. Die Knochen sind meist hellgelb und auffällig leicht. Grau sind Knochen, die an der Luft verwittert sind. Von Raubtieren angenagt, zeigen sie Nageflächen an den Epiphysenresten. An Splittern dieser Knochen findet man noch Eindrücke der hinteren Backzähne.

Bei verbrannten Knochen sind Unterscheidungsmerkmale zwischen Tier- und Menschenknochen die äußeren Flächen und Gelenkfortsätze. Lösen sich die Epiphysen nicht, so spricht dies gegen Kindsknochen.

Der Autor gibt genaue Tabellen zur Altersbestimmung von Kinderknochen, ferner einen eingehenden Bericht über die Verknöcherung der Knochen; er untersucht die Daten zur Bestimmung des Alters und Geschlechts, und die Fragen: wurde die Verletzung im Leben oder im Tode beigebracht; läßt sich aus der Beschaffenheit der Knochen ein Schluß auf das Gewerbe machen, welches das Individuum ausgeübt hat? Für die Feststellung der Zeit, die seit dem Tode des Menschen verflossen ist, sind die alten Mendeschen Erfahrungen maßgebend. Aus den Knochen lassen sich manchmal Rückschlüsse auf die Art des verletzenden Instrumentes ziehen. Bei Verdacht auf Vergiftung sind bei exhumierten Leichen die Knochen mit zu untersuchen, da sie Gifte relativ lange zurückhalten. Zur Beweisführung in gerichtlichen Verhandlungen sind die Knochen zu konservieren, schon aus dem Grunde, weil die tägliche Erfahrung den meisten Menschen eine genügende Gelegenheit bietet, von der Resistenz der Knochen eine richtige Vorstellung zu gewinnen. Dr. Mayer-Simmern.

Histologische Untersuchung der Larynxknorpel bei einem 2 Monate beerdigten Manne. Von Henri Verger-Bordeaux. Réunion biologique de Bordeaux. Séance du 2. juillet. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII., 1912, Nr. 26.

Verger, über dessen gerichtl.-med. Arbeiten auf dem Gebiete der kadaverösen Veränderungen in dieser Zeitschrift 1911, S. 571, berichtet wurde, untersuchte bei einem 2 Monate beerdigt gewesenen Manne die Kehlkopfknorpel nach Färbung der gehärteten Schnitte mit Haemateïn-Eosin. Der Knorpel bleibt leicht erkennbar; die Grundsubstanz erscheint trübe, stärker gefärbt als in der Norm; in den Kapseln sind die Zellen deutlich zu unterscheiden. Die Kerne sind nicht anders gefärbt, wie die übrigen Präparatteile; der Verlust der spezifischen Farbeaffinitäten der Kerne findet sich bei alten Leichen allgemein. Gegebenenfalls dürfte es auch bei vorgeschrittener Fäulnis möglich sein, pathologische Knorpelprozesse von normalen histologisch zu unterscheiden. Dr. Mayer-Simmern.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Neurasthenie und Tuberkulose. Von N. M. Rudnitzky in Charkow. Monatsschrift für Psychiatrie; 32. Band, 1. Heft.

Der Verfasser versucht, aus dem modernen Begriff der Neurasthenie eine Krankheitsform organischen Ursprungs auszuscheiden, die sich von der gewöhnlichen Neurasthenie durch folgende Merkmale unterscheidet:

1. In der Aetiologie stehen neben verschiedenen schwächenden Momenten die Infektionskrankheiten, insbesondere die Influenza, an erster Stelle.
2. Die Heridität ist vorherrschend eine tuberkulöse.
3. In der Verteilung nach Geschlecht und Alter ist ein entschiedenes Vorherrschen der Frauen, speziell das Alter von 20—25 Jahren, zu bemerken.
4. Die Dauer der Erkrankung, die im ganzen zwischen einigen Wochen und mehreren Jahren schwankt, zählt vorherrschend nach Monaten (in mehr als der Hälfte der Fälle).
5. Was die Erkrankungsform anbetrifft, so wird eine relativ geringe Beteiligung der psychischen Sphäre (nur bei 23 von 173), dagegen aber neben Erscheinungen allgemeiner Schwäche ein Ueberwiegen der Sensibilitätsstörungen (fast in der Hälfte der Fälle) beobachtet.
6. Von objektiven Veränderungen ist für diese Gruppe das fast beständige Vorhandensein einer Verdichtung der rechten Lungenspitze (seltener

der linken) und ferner das sehr häufige Vorkommen sogenannter latenter Pleuritiden charakteristisch.

7. Der Verlauf und die Prognose sind bis zu einer gewissen Zeit günstig.

8. Die Therapie ist eine gewöhnliche kräftigende; von Medikamenten ist das beste Mittel Guajacolum carbonicum, und bei Formen, die von Pleuritiden begleitet werden, Guajacol kombiniert mit Arsenikinjektionen.

Dr. Többen-Münster.

Ueber protrahierte Affektschwanknngen und eknoische Zustände. Von Dr. M. Bresowsky. Monatsschrift für Psychiatrie; 31. Band, Ergänzungsheft.

Die protrahierten Affektschwankungen und die eknoischen Zustände, wie die Eknoia, d. h. die pathologische Ergriffenheit, sind als echte Emotionspsychosen aufzufassen, da ihre Ursache in Affekten oder Stimmungen besteht. Diese ihre vollständige Abhängigkeit von dem zu Grunde liegenden Affektzustand ist ihr spezifisches Merkmal, das sie von anderen Psychosen und psychopathischen Zuständen zu unterscheiden geeignet ist.

Dr. Többen-Münster.

Bedingungen für die Entstehung der progressiven Paralyse. Von Prof. Dr. Pilcz-Wien. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 16.

Zweifellos spielt in der Aetiologie der progressiven Paralyse die Syphilis die Hauptrolle. Der Prozentsatz der Luetischen, die später an Paralyse erkranken, wird von den einzelnen Autoren verschieden hoch angegeben. Die Angaben schwanken zwischen 1—22 %. Verfasser hat mit Stabsarzt Dr. Mattauschek Erhebungen über 4134 Luetiker angestellt; davon waren mindestens 4,67 % paralytisch geworden.

Die Paralyse tritt in der überwiegenden Mehrzahl bei solchen Luetikern auf, bei denen die Syphilis ungemein gutartig, d. h. ohne Rezidive verläuft. Meist bleibt es bei einem Primäraffekt mit nachfolgenden Exanthem; letzteres fehlt auch oft. Dementsprechend ist die antisyphilitische Kur meistens auch unzureichend; die Patienten werden sorglos und überlassen die Syphilis sich selbst. Die Frage, ob es sich hierbei um eine abnorme Reaktion des befallenen Individuums auf das Syphilisvirus oder um eine spezifische, eigenartige Infektion der luetischen Infektion handelt, ist noch nicht genügend erklärt. Auf jeden Fall ergibt sich daraus die Forderung, daß jeder Syphilisfall sorgfältig und ausgiebig behandelt werden muß.

Erbliche Belastung spielt nach dem Verfasser bei der Entstehung der Paralyse eine geringe Rolle, dagegen kann ein Einfluß übermäßiger geistiger Tätigkeit nicht verkannt werden. Verfasser empfiehlt daher eine gewisse „Nervenhygiene", d. h. unter anderen: Sorge für regelmäßiges Ausspannen, mäßigen Sport, Vermeidung der nervenzerrüttenden sogenannten „Zerstreuungen" in rauchgeschwängerten Varietés, durch aufregendes Kartenspiel, Vermeidung von Exzessen aller Art, vollständige Alkoholabstinenz.

Dann bespricht Verfasser auch die Frage der therapeutischen Beeinflussung der Paralyse. Eine solche sei ohne Zweifel möglich. Bei beginnenden, körperlich noch rüstigen Fällen könne man garnicht so selten mit einer regelrechten antisyphilitischen Kur in Verbindung mit einer Methode zur Erzeugung künstlichen Fiebers weitgehende Remissionen und langdauernde Stillstände erzielen. Als antisyphilitische Kur kommt Jodkali in Verbindung mit Quecksilber in Betracht; Salvarsan ist kontraindiziert. Zur Erzeugung einer interkurrenten fieberhaften Erkrankung, die erfahrungsgemäß einen außerordentlich günstigen Einfluß auf den Verlauf der Paralyse hat, dient das Kochsche Alttuberkulin; in letzter Zeit hat v. Wagner auch sehr gute Erfolge mit abgetöteten Kulturen von Staphylokokken erzielt. Verfasser hat bei seinen therapeutischen Versuchen (86 Paralytiker) in 39,44 % der Fälle einen Mißerfolg, in 23,2 % ein Stationärbleiben der Erkrankung, in 10,44 % eine erhebliche Besserung und bei 26,68 % eine Heilung erzielt, so daß die Berufstätigkeit wieder aufgenommen und die Entmündigung aufgehoben werden konnte.

Rpd. jun.

Ueber Eigentumsvergehen bei Dementia paralytica. Von Dr. Paul Kirchberg, Frankfurt a. M. Archiv für Psychiatrie; 49. Band, 3. Heft.

Aus den Fällen Kirchbergs und aus einer Uebersicht über die Literatur ergibt sich ungezwungen eine Zweiteilung der bei Paralytikern vorkommenden Eigentumsvergehen. Der Diebstahl ist entweder der Ausfluß des Sammeltriebes, oder der Täter befindet sich in einem maniakalischen Erregungszustand, in dem erhöhtes Selbstgefühl und Betätigungsdrang oder Größenideen ihn zum Diebstahl verleiten. Dr. Többen-Münster.

Stoffwechseluntersuchungen an Kranken mit epileptischen und epileptiformen Krampfanfällen. Von Dr. W. Tintemann in Göttingen. Monatsschrift für Psychiatrie; 32. Band, Heft 1.

Auch in den Fällen, die nicht zum Bilde der echten genuinen Epilepsie gehören, können Störungen im intermediären Stoffwechsel gefunden werden, die denen bei der genuinen Form der Epilepsie bald mehr, bald weniger gleichen.

Dr. Többen-Münster.

Die Epilepsie als klinischer Krankheitsbegriff. Von Prof. Dr. L. W. Weber, Direktor der städt. Nervenheilanstalt in Chemnitz. Münchener med. Wochenschrift 1912; Nr. 31 und 32.

Verfasser verbreitet sich in höchst interessanten, längeren Ausführungen über die neueren Anschauungen und Forschungen bezüglich der Epilepsie und kommt auf Grund dieser neueren Anschauungen über die Epilepsie zu folgenden Schlußfolgerungen:

Nicht jedes epileptische Symptom (Krampfanfälle, Bewußtseinstrübungen, Verstimmungen) berechtigt zur Annahme einer Epilepsie. Aber aus der großen Masse der epileptischen Erscheinungen und Zustandsbilder läßt sich als einheitlicher, zentraler Krankheitsbegriff, der auch heute noch gültig ist, die echte Epilepsie herausschälen. Sie ist einheitlich in bezug auf Symptome, Verlauf, Ausgang und in gewissem Sinne auch auf pathologische Anatomie, eine chronische Erkrankung des Nervensystems, gekennzeichnet durch periodisch auftretende, von Bewußtseinsverlust begleitete Anfälle und durch Bewußtseinsveränderungen, die nach längerer Krankheitsdauer zu einer eigenartigen Charakterveränderung und Demenz führt; es finden sich dann chronische diffuse Veränderungen im Gehirn (Glia, Gefäße, Fasern) entsprechend der Dauer und Intensität des epileptischen Krankheitsprozesses, bei akutem im Anfall oder Status erfolgten Tod auch akute Veränderungen und in vielen Fällen Befunde, die auf die Aetiologie hinweisen. Die meisten dieser Befunde, mit Ausnahme der zuletzt erwähnten, sind nicht die Ursache, sondern die Folgeerscheinung der echten Epilepsie.

Aetiologisch ist die echte Epilepsie nicht einheitlich bedingt, sondern entsteht teils auf dem Boden einer angeborenen Anlage — die aber noch nicht die Epilepsie selbst und nicht einheitlich anatomisch bedingt ist — teils infolge von erworbenen Erkrankungen (Hirnerkrankungen, deren Spuren man klinisch und anatomisch auch später noch nachweisen kann, oder anderen Schädlichkeiten, chronische Vergiftungen, Stoffwechselstörungen). Diese Ursachen sind gleichwertig, können sich kombinieren oder ersetzen und bestimmen bis zu einem gewissen Grad äußere Form und Verlauf der Epilepsie. Keine der Ursachen für sich allein muß in allen Fällen zur Epilepsie führen; je früher sie einwirken, desto leichter kommt die Epilepsie zustande. Die auf angeborener Anlage allein beruhende (genuine) Epilepsie unterscheidet sich nicht von der durch erworbene Schädlichkeiten zustande gekommenen echten Epilepsie. Die echte Epilepsie ist in den meisten Fällen eine Frühepilepsie; sie entsteht vor dem 30. Lebensjahr. Besondere Unterformen der echten Epilepsie sind die Reflexepilepsie, die Magendarm-Herz-Epilepsie, die psychische Epilepsie und die Hysteroepilepsie, insofern es sich bei diesen Bezeichnungen um Fälle handelt, die dieselben Symptome und Ausgänge, wie die echte Epilepsie zeigen, aber in bezug auf Beginn der Erkrankung oder Auslösung des einzelnen Anfalls eine eigene Aetiologie besitzen, oder durch das Vorwiegen einzelner Symptome (psychische Epilepsie) oder durch eine besondere Färbung (Hysteroepilepsie) ausgezeichnet sind.

Die Fälle, bei denen nur einzelne Symptome der Epilepsie oder nicht periodisch und nicht in längerem Verlauf auftreten, bezeichnen wir als symptomatische Epilepsie. Für ihre Diagnose ist nicht maßgebend, daß wir eine anderweitige Körper- oder Hirnerkrankung als Ursache der epileptischen Symptome kennen, sondern lediglich die Tatsache, daß diese Ursache eben nur einzelne Symptome, nicht das Gesamtbild der echten Epilepsie hervorruft, insbesondere auch bei längerem Bestehen nicht zu Charakterveränderungen und Demenz führt. Die Ursachen der symptomatischen Epilepsie können demnach dieselben sein, wie die der echten Epilepsie. Die Spätepilepsie ist und bleibt meist eine symptomatische Epilepsie, während im Kindesalter symptomatisch beginnende Epilepsien die Möglichkeit zur Umwandlung in eine echte Epilepsie in sich tragen. Zur symptomatischen Epilepsie in diesem Sinne gehören die auf dem Boden schwerer degenerativer Anlage entstehende Alkohol- und Affektepilepsie, die bei organischen Hirnerkrankungen entsprechender Art entstehende kardiovasale und senile Epilepsie, die kortikale oder Jacksonsche Epilepsie, insofern auch diese, gleichgültig, ob sie auf dem Boden einer Herderkrankung entsteht oder nicht, nie zu dem ausgebildeten Zustand der echten Epilepsie führt.

Durch diese neueren Anschauungen wird die echte Epilepsie bis zu einem gewissen Grade des fatalistischen Charakters einer angeborenen Krankheit entkleidet. Die endogene Prädisposition wird zwar in ihrer ätiologischen Bedeutung anerkannt; aber sie ist nicht die Epilepsie selbst und reicht für sich allein nur in seltenen Fällen aus, eine echte Epilepsie herbeizuführen. In den meisten Fällen ist dazu die Mitwirkung exogener Schädigungen des Individuallebens erforderlich, die sowohl prophylaktisch, wie therapeutisch einer Bekämpfung zugänglich sind. Dr. Waibel-Kempten.

Geisteskrankheit oder Simulation. Von Dr. Wassermeyer-Bonn. Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin; 63. Jahrg., 1912, Heft 3.

Verfasser bringt 2 Gutachten über Fälle, die er an der Nervenklinik in Kiel zu begutachten hatte. Im ersten Falle handelte es sich um einen Mann, der wegen Vergehens im Amte zu 9 Monaten Gefängnis verurteilt war. Wegen allgemeiner schwerer nervöser Erschöpfung wurde ihm Strafaufschub gewährt. Durch den Prozeß und die Verurteilung war dieser fraglos nervöse Mann völlig zusammengebrochen, zumal er seiner Ansicht nach unschuldig verurteilt war. Sein Zustand verschlimmerte sich nun weiter so, daß er von den ihn im weiteren Verlauf begutachtenden Aerzten für einen Paralytiker erklärt und jahrelang dafür gehalten wurde, trotzdem von einem Kriminalbeamten Anzeigen einliefen, daß der Mann simuliere. Schließlich äußerte einer der begutachtenden Aerzte Zweifel an der Paralyse und beantragte Beobachtung in der Nervenklinik in Kiel. Hier konnten weder körperlich noch geistig Zeichen der Paralyse festgestellt werden. Es fand sich eine hochgradige Neurasthenie, die aber nicht so stark war, daß Haftunfähigkeit vorlag. Der Untersuchte trat darauf hin auch seine Strafe an. Simulation hat nach Ansicht des Verfassers nicht vorgelegen; der Untersuchte hat wohl übertrieben, war bei den Untersuchungen besonders erregt, aber nicht vorsätzlich getäuscht, zumal er sich energisch dagegen wehrte, für einen Paralytiker gehalten zu werden. Schuld ist nach Ansicht des Verfassers ungenügende und nicht sorgfältig durchgeführte Untersuchungstechnik.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen alten Zuchthäusler, der in früherer Untersuchungshaft geistig erkrankt, längere Zeit in einer Anstalt gewesen und als unheilbar entmündigt war. Er übte jahrelang raffinierte Einbruchsdiebstähle aus und spielte, ertappt, auf den „Geistenkranken“ heraus. Wegen erneuter Strafsache wurde er der Klinik zur Beobachtung überwiesen. Er spielte dort auch den Geisteskranken, klagte über Halluzinationen, schrieb dauernd von unsinnigen Größenideen triefende Briefe, zeigte Orientierungsstörungen und Gedächtnisdefekte und dergl. Dagegen war sein Affektleben gar nicht davon getroffen; im Gegensatz zu anderen Kranken wurde er durch die Ideen und Sinnestäuschungen nicht beeinflußt. Sein Schlaf war entgegen seinen Angaben ausgezeichnet; auch sonst wurde durch unauffällige Beobachtung festgestellt, daß viele seiner Angaben falsch waren. Seine Briefe waren trotz der darin enthaltenen albernen Größenideen im übrigen doch

geordnet und zusammenhängend, ganz anders wie solche von Paralytikern oder Hebephrenikern. Alles in allem kam Gutachter zu der Ansicht, daß der Untersuchte nicht geisteskrank sei, sondern simuliere. Er sei zweifellos geistig minderwertig und anscheinend früher auch geisteskrank gewesen, jetzt schütze er aber nur Geisteskrankheit vor, um sich der strafrechtlichen Verfolgung zu entziehen. Er wurde verurteilt, aber aus der Strafhaft wieder einer Irrenanstalt zugeführt. Dort wurde er für geisteskrank erklärt und später ungeheilt nach einer anderen Anstalt überführt. Hier wieder wurde er gleichfalls für einen Simulanten gehalten und dem Strafvollzug wieder zugeführt. Rpd. jun.

Der Psychiater im Strafprozeß. Von Prof. Dr. Heilbronner-Utrecht. Recht und Wirtschaft; 1912, Nr. 4.

H. will den Psychiater auf die Beurteilung krankhafter Geisteszustände beschränken, hält ihn aber nicht für zuständig, über normal-psychologische Fragen sein Gutachten abzugeben. Dem Richter spricht H. das Recht zu, jedes Gutachten zu prüfen und ev. zwischen den sich widersprechenden Gutachten verschiedener Sachverständigen zu wählen. Insbesondere hat der Richter die Pflicht, den Teil des Gutachtens, der über transitorische, zur Zeit der Untersuchung bereits abgelaufene Zustände handelt, und der sich auf Ermittelungen, nicht auf eigene Befunde des Sachverständigen stützt, zu kontrollieren.

H. wünscht, daß in den Schlußfolgerungen des Gutachtens versucht werde, statt apodiktische Behauptungen aufzustellen, den Befund in der Weise zu bewerten, wie der klinische Lehrer seinen Zuhörern die Bedeutung der am Krankenbett demonstrierten Symptome klargelegt; der Gutachter sollte hier den Einfluß einer nachgewiesenen Anomalie auf das Handeln im allgemeinen und ev. auf die unter Anklage stehende Handlung im besonderen nachweisen.

Nach H. besagt § 51 Str.-G.-B., daß nicht jede nachweisbare Abweichung von der — noch dazu fiktiven — Norm, sondern erst ein gewisser Grad psychischer Anomalie als strafrechtlich relevant erachtet werden sollte.

Des weiteren hofft H., daß wir dazu kommen werden, den Schwerpunkt der psychiatrischen Tätigkeit, der zur Zeit im Vorverfahren und in der Hauptverhandlung ruht, in den Strafvollzug zu verlegen.

Von der Neuregelung des Strafprozesses erwartet H., daß eine Formulierung der Bestimmung über die verminderte Zurechnungsfähigkeit gefunden werde, die eine Anpassung der Maßnahmen nach Maßgabe zunehmender Erfahrung ermöglicht. Dr. Wilcke-Genthin.

C. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Trauma und Infektion. Von Dr. Scheidemantel-Nürnberg. Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin; 63. Jahrg, Heft 1 u. 2.

Eine Infektion auf traumatischer Basis kann auf verschiedene Weise hervorgerufen werden. Die einfachste Möglichkeit ist die, daß das verletzende Instrument selbst Keime enthält und diese in der Wunde abstreift oder daß es den auf der äußeren Haut usw. befindlichen Keimen eine Eingangspforte öffnet. In letzteren, den bei weitem häufigeren Fällen genügt eine äußerlich kaum sichtbare Kontinuitätstrennung. Die auf diese Art am häufigsten hervorgerufenen Infektionen sind außer den durch Staphylokokken und Streptokokken erzeugten Wundkrankheiten Wundstarrkrampf, Rotz, Tollwut, Milzbrand, Syphilis.

Weiter kann eine Verletzung insofern Ursache einer Infektion sein, als sie den von Alters her bekannten „locus minoris resistentiae" für Infektionserreger, die vor oder nach dem Trauma in den Körper eingedrungen sind, schafft. Schließlich aber kann das Trauma einen noch bestehenden Infektionsherd verschlimmern oder einen latenten, vielleicht schon in Heilung begriffenen verschlimmern. Die letztere Möglichkeit spielt hauptsächlich bei der Tuberkulose eine Rolle.

Bei der Frage des Zusammenhangs zwischen Trauma und Infektion darf man nicht schematisch vorgehen, sondern muß zur Beurteilung von Fall zu Fall die verschiedenen wichtigen Momente, die Art des Traumas, die individuelle Disposition des Organismus, die Eigenart des Infektionserregers usw. heranziehen.

Rpd. jun.

Schlaganfall als Unfallfolge anerkannt. Von Dr. Steinhauer-Seligenstadt. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 28.

Ein 29jähriger Arbeiter erlitt bei der Arbeit einen Schlaganfall; er war beschäftigt, einen mit Schwemmsteinen beladenen Wagen abzuladen. Trotz vorhandener Arteriosklerose wurde die Erkrankung als Unfallfolge anerkannt, da er sich einerseits nachgewiesenermaßen übermäßig angestrengt und anderseits an dem Tage eine ganz enorme Hitze geherrscht habe. Rpd. jun.

Zur Kasuistik posttraumatischer isolierter Spätrupturen der Milz. Von Dr. Strauß-Herzfeld. Medizinische Klinik; Nr. 22.

Ein 17jähriger Junge fiel 3½ m tief von einer Leiter auf den Boden. Keine Bewußtseinsstörung, keine Schmerzen, nur leichtes Erbrechen. Zunächst 4 Tage Bettruhe ohne ärztliche Behandlung. Da sich beim Aufstehen Schmerzen in der linken Seite bemerkbar machten, wurde ein Arzt zugezogen, der ihn wegen Lungenkatarrh ins Krankenhaus schickte. Der Kranke fuhr auf schlechten Wegen zu Wagen dorthin, konnte aber, da anscheinend nur leichtkrank, wegen Platzmangels nicht aufgenommen werden. Nach 3 Tagen kam er teils zu Fuß, teils per Bahn wieder zurück; er klagte über Husten und geringe Schmerzen in der linken Seite. Von dem Trauma erwähnte er nichts. Links hinten fand sich vollständige Dämpfung. Nach 2 Tagen wurde punktiert und ein serös-sanguinolentes Pleuraexsudat entleert. Zirka 14 Tage nach dem Unfall, als der Patient, da sich sein Befinden gebessert hatte, das Bett auf kurze Zeit verließ, plötzlicher Kollaps. Der Leib wurde gespannt und druckempfindlich; es trat Aufstoßen und Erbrechen ein. Sieben Stunden später Operation, bei der sich die Bauchhöhle voll Blut fand. Die Milz zeigte verschiedene Risse, wurde unterbunden und extierpiert. Die Risse waren teilweise mit organisierten Thromben angefüllt; die Milz zeigte feine entzündliche Auflagerungen. Zweifellos waren die schweren Zerreißungen der Milz sehon von Anfang an vorhanden gewesen; trotzdem fanden sich keine Beschwerden, im Gegenteil, die Risse zeigten Tendenz zur Ausheilung. Wäre der Patient noch länger im Bett geblieben, so wäre vielleicht eine völlige Ansheilung möglich gewesen. Rpd. jun.

Ueber Meniskusverletzungen. Von Prof. Dr. Bockenheimer-Berlin. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 22.

Meniscusverletzungen sind gar nicht selten, werden aber vielfach verkannt, so daß Patienten jahrelang erfolglos behandelt werden und darunter schwer zu leiden haben. Meistens handelt es sich um eine Verletzung des inneren Meniskus; sie kann nach unbedeutenden Kraftanstrengungen entstehen, daß Patient selbst sich später, wenn seine Beschwerden größer geworden sind, nicht mehr auf ein Trauma besinnen kann. Die Symptome der frischen Verletzung decken sich mit denen einer frischen Distorsion des Beingelenkes schwerster Art: Gelenkerguß, Fixation in Beugestellung, Unmöglichkeit das Bein zu strecken, Schmerzen bei Bewegungen. Das wichtigste Symptom ist der lokale Druckschmerz an der Stelle des inneren Meniscus. Die Diagnose ist unter Umständen gar nicht leicht zu stellen, zumal auch das Röntgenbild keine Aufklärung gibt. Durch konservative Therapie kann zweifellos eine Heilung erzielt werden, aber sie dauert gewöhnlich sehr lange. In allen frischen Fällen, wo schnelle Wiederherstellung erwünscht ist und in denen später große Anforderungen an das Gelenk gestellt werden, empfiehlt Verfasser Operation. In allen chronischen Fällen könne nur durch Operation Abhilfe geschaffen werden. Verfasser beschreibt dann noch seine Operationsmethode, mit der er sehr gute Erfolge erzielt hat. Rpd. jun.

Herabsetzung des Sehvermögens rechts auf 3/8 bei normalem anderen Auge beeinträchtigt die Erwerbsfähigkeit eines Reparaturhauers in wesentlichem Maße nicht. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 22. Februar 1912. Kompaß; 1912, Nr. 19.

In dem Zustande des Klägers ist namentlich durch die Erhöhung der Sehfähigkeit des verletzten rechten Auges eine wesentliche Besserung eingetreten. Das linke Auge hat regelrechtes Sehvermögen, auf dem rechten hat sich das Sehvermögen seit dem Unfall von 3/18 auf 3/8 gehoben. Ein Arbeiter mit einem derartigen Sehvermögen ist in seiner Erwerbsfähigkeit nicht ge-

schädigt. Für das von dem Kläger behauptete Tränen ist kein Anhalt vorhanden. Wenn es etwa besteht, so ist nicht anzunehmen, daß dadurch die Erwerbsfähigkeit herabgesetzt wird. Somit ist der Rekurs des Klägers unbegründet, der der Beklagten aber begründet.

Unkomplizierte einseitige Linsenlosigkeit bei normalem Sehvermögen des anderen Auges bedingt nur eine Erwerbseinbuße von 10%, da beim Gebrauch einer geeigneten Brille die Sehkraft des verletzten Auges bis zur Hälfte gebessert wird. Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 5. Juni 1912.

Grundsätze des Reichsversicherungsamts für die Anerkennung der während der Betriebsarbeit entstandenen Leistenbrüche als Unfallfolge. Rekurs-Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 24. Mai 1912.

Das Reichs-Versicherungsamt hat in ständiger Rechtsprechung einen Leistenbruch nur dann als Unfallfolge anerkannt, wenn der Austritt des Bruches unter eigenartigen stürmischen Krankheitserscheinungen, wie Uebelkeit und Erbrechen, Einrissen und Blutergüssen in das Bauchfell, sowie unerträglichen, jede weitere Arbeit hindernden Schmerzen, erfolgt ist. Diese Ansicht stützt sich auf die Erfahrungen der Medizin, wonach Leistenbrüche regelmäßig aus angeborener oder unmerklich entstandener Bruchanlage sich allmählich entwickeln, und ihr Austritt gewöhnlich in natürlicher Fortentwicklung dieser Anlage erfolgt, während im Falle wesentlicher Mitwirkung eines als Unfall zu bezeichnenden Ereignisses stets die bezeichneten schweren Erscheinungen auftreten. Nur im letzteren Falle sieht deshalb das Reichsversicherungsamt den Bruch als durch einen Unfall verursacht an; in allen übrigen Fällen bezeichnet es das angebliche Unfallereignis nur als Gelegenheit, die Bruchanlage aber als alleinige Ursache des Bruchaustritts. In einem Urteile vom 3. Mai 1910 hat sich das Reichsgericht auf einen grundsätzlich abweichenden Standpunkt gestellt.[1]) Die Unterscheidung zwischen Gelegenheit und Ursache erklärt es zunächst für ungerechtfertigt und sieht auch bei vorhandener Bruchanlage den Betriebsvorgang, bei dem der Austritt erfolgt ist, als Ursache des Bruchaustritts an. Die Entstehung des Bruches sei nämlich in diesem Falle auf zwei Ursachen zurückzuführen, deren jede als mitwirkende in Betracht komme. Es reiche aus, daß deren eine der Unfall gewesen sei.

Diese Entscheidung hat dem Reichsversicherungsamte Veranlassung gegeben, seine oben dargelegte Rechtsprechung einer eingehenden Nachprüfung zu unterziehen. Die Untersuchung hat sich auf die beiden hier wesentlichen Punkte erstreckt. Einerseits sind die allgemeinen Kausalbegriffe, von denen das Reichsversicherungsamt und das Reichsgericht ausgehen, einer vergleichenden Prüfung unterzogen, anderseits die medizinisch-wissenschaftlichen Grundlagen wiederholt umfassend betrachtet und von besonders berufener ärztlicher Seite neu beleuchtet worden. Das Ergebnis dieser Untersuchung hat dem Reichsversicherungsamte keinen Anlaß gegeben, von seiner seitherigen Rechtsprechung abzuweichen.

Was zunächst die Frage anbelangt, von welchem Kausalbegriffe auszugehen ist, so ist zu betonen, daß auch das Reichsversicherungsamt nie die Möglichkeit mehrerer mitwirkender Ursachen bei der Entstehung eines Schadens verneint hat. Mit dieser Auffassung ist jedoch nicht die Notwendigkeit verbunden, jeden Umstand, der irgendwie zum Erfolge beigetragen hat, als rechtlich beachtliche Mitursache anzusehen. Vielmehr muß zwischen Bedingungen des Erfolges, die im Rechtssinn als Ursache oder Mitursache zu gelten haben, und solchen, die dies nicht sind, unterschieden werden. Die Notwendigkeit dieser Unterscheidung folgt aus der Auffassung und dem Bedürfnis des praktischen Lebens, denn da das Gesetz keine Begriffsbestimmung gibt, ist es reine Auslegungsfrage, was unter Ursache zu verstehen ist. Die Auslegung kann aber nur an den allgemeinen Sprachgebrauch und die Auffassung des praktischen Lebens anknüpfen, aus dessen Bedürfnissen heraus das Gesetz geschaffen ist und dem es dient. In scharfem Gegensatze dazu steht der rein abstrakte philosophische Begriff der Ursache. Die Philosophie behandelt in

[1]) Siehe diese Zeitschrift; Jahrg. 1910, Nr. 21, S. 809.

ihren hervorragendsten Vertretern alle Bedingungen des Erfolges gleichwertig in ihrer Gesamtheit als Ursache. . . . . . . Im Gegensatz zur philosophischen Kausallehre versteht das Leben unter Ursache nicht alle Bedingungen des Erfolges, einerlei, mit welcher Schwere sie zu ihm beigetragen haben und in welchem Zusammenhange sie dazu stehen. Als Ursachen und Mitursachen greift es vielmehr unter quantitativer Abwägung nur die Bedingungen heraus, die wegen ihrer besonderen Verbindung zum Erfolge zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Dieser Begriff muß unter Ausschaltung rein metaphysischer und erkenntnistheoretischer Betrachtungen für das Recht allein maßgebend sein. Das Reichsversicherungsamt hat ihn auch stets zur Grundlage seiner Rechtsprechung gemacht und demgemäß als Ursachen und Mitursachen im Rechtssinne nur diejenigen Umstände behandelt, die zum Erfolge wesentlich mitgewirkt haben, und die sonstigen Glieder in der Kausalreihe, die nur rein philosophisch, nicht aber als Ursache im Rechtssinn in Betracht kommen können, ausgeschieden. Auch das Reichsgericht hat, obwohl es den Unterschied zwischen Gelegenheit und Ursache verwirft, doch im weiteren in der erwähnten Entscheidung und in einem Urteil vom 5. November 1898 anerkannt: „Nicht alle zum Erfolge zusammenwirkenden Bedingungen seien als dessen Ursachen zu bezeichnen. Man würde sich andernfalls mit der Auffassung des praktischen Lebens und dem Rechtsbegriffe der Kausalität in Widerspruch setzen. Das Geschehnis, das den Abschluß einer Kette verschiedener Einzelerscheinungen bilde, stehe vielfach mit einer Anzahl seiner Bedingungsfaktoren in so loser und entfernter Verbindung, daß von einem eigentlichen kausalen Zusammenhange nicht mehr die Rede sein könne." Entsprechend hat das Reichsgericht in anderen Entscheidungen für den rechtlich beachtlichen Zusammenhang verlangt, „die eingetretene Folge dürfe nicht in einem so entfernten Zusammenhange mit dem als Ursache in Anspruch genommenen Ereignisse stehen, daß es nach der Auffassung des praktischen Lebens vernünftigerweise nicht mehr in Betracht gezogen werden könne". Bei dieser Sachlage mag es immerhin zweifelhaft sein, ob nicht auch das Reichsgericht, wenn es diesen Gedanken gerade mit Beziehung auf die besonderen tatsächlichen Verhältnisse bei Leistenbrüchen, wie sie im folgenden näher darzulegen sind, bis in die letzten Konsequenzen verfolgt hätte, in der Entscheidung vom 3. Mai 1910 zu einem mit der Rechtsprechung des Reichs-Versicherungsamts in Einklang stehenden Ergebnisse gelangt wäre. Denn gerade der Auffassung des praktischen Lebens widerspricht die Gleichstellung der Bruchanlage mit dem äußeren Ereignis, bei dem der Bruch austritt, als Mitursache des Bruches.

Das praktische Leben nimmt, wie aus zahlreichen, dem Reichsversicherungsamte vorliegenden ärztlichen Gutachten . . . hervorgeht, zu dieser Frage auf Grund der Erfahrungen folgendermaßen Stellung: Man hat drei bei der Entstehung eines vollkommenen Leistenbruchs wesentliche Momente auseinanderzuhalten: Bruchkanal, Bruchsack und Bruchinhalt. Ersterer wird durch den Leistenkanal gebildet. Schiebt sich in ihn ein Teil des Bauchfells hinein, so ist damit ein Bruchsack vorhanden. Füllt sich der Bruchsack mit Eingeweideteilen, so nennt man letztere den Bruchinhalt. Bei normal gebauten Menschen ist der Leistenkanal, der dem Ein- und Austritt von Nerven und Gefäßen durch die Bauchwand dient, eng und mit lockerem Bindegewebe ausgefüllt. Das an der inneren Oeffnung anliegende Bauchfell geht über die enge Oeffnung glatt hinweg und senkt sich höchstens ein klein wenig in sie hinein. Unter solchen normalen Umständen kann also eine an der inneren Oeffnung vorbeistreichende Darmschlinge, selbst wenn ein starker Druck wie durch Pressen der Bauchmuskeln beim Turnen, Husten oder Niesen auf sie ausgeübt wird, nie in die Oeffnung gelangen, ohne daß eine gewaltsame Zerreißung der Muskelwand des Bauches mit Blutungen oder anderen bedrohlichen Erscheinungen eintritt. Anders liegt der Fall, wenn eine anatomische Bruchanlage besteht. Eine solche liegt vor, wenn der Leistenkanal, sowie dessen innere, der Bauchwand zugekehrte Oeffnung, die sogenannte innere Bruchpforte oder Eingangspforte und die entgegengesetzte der äußeren Haut zugewendete Oeffnung, die sogenannte Austrittspforte, die bei der ersten Entwicklung des Menschen geräumig und nachgiebig angelegt sind, aus irgendeiner Ursache weit bleiben. In diesem Falle schiebt sich das Bauchfell wie ein Sack durch die weite Bruchpforte in den weiten Bruchkanal hinein. Der Bruchsack ist damit fertig. Anliegende Darmteile können nun leicht in den im Bruchkanal liegenden Bruchsack

gelangen. Bleiben sie dauernd im Bruchkanal, so liegt ein unvollkommener Bruch vor, der zeitlebens unbemerkt bleiben kann und keine Beschwerden zu verursachen braucht. Solche unvollkommenen Brüche sind nicht Gegenstand der vorliegenden Frage, sondern nur die vollkommenen Leistenbrüche. Letztere entstehen erst dadurch, daß der Inhalt des Bruchsackes, die Darmschlinge, immer weiter vorgeschoben wird, bis der gefüllte Bruchsack unter Durchbrechung etwa eines letzten Restes der Muskulatur und unter Verschiebung der beiden Muskelumhüllungshäute (innere Muskelfaszie(-haut) und äußere Muskelfaszie), die dabei nicht durchbrochen werden, aus der Bauchwand heraustritt. Gleichzeitig wird die äußere Haut vorgedrängt, und es besteht nun die äußerlich sichtbare Bruchgeschwulst, bei der die ausgetretenen Eingeweideteile außerhalb der Bauchwand unter der äußeren Haut und den als Bruchhüllen vorgeschobenen beiden Muskelumhüllungshäuten und dem Bauchfell ruhen. Nun liegt ein vollkommener Bruch vor. Das gleiche Endergebnis entwickelt sich vielfach auch auf eine zweite Art. Man findet häufig Bruchsäcke, die, ohne Eingeweide zu enthalten, nur mit etwas Flüssigkeit angefüllt, bereits aus der Bauchwand heraus in das untere Gewebe der äußeren Haut vorgeschoben sind. Sie sind wahrscheinlich auf Entwicklungsvorgänge im embryonalen Zustande des Menschen oder im Kindesalter zurückzuführen. Solche sogenannten leeren Bruchsäcke enthalten dieselben Wandungen wie vollkommene Brüche, nämlich das vorgeschobene Bauchfell und die beiden vorgedrängten Muskelumhüllungshäute; sie werden zum vollkommenen Bruch erst dadurch, daß Eingeweideteile in sie eintreten. Der Zustand bis dahin stellt nur eine Bruchanlage dar. Entsprechend ist bei der zuerst geschilderten Entstehungsart von Leistenbrüchen Bruchanlage der Zustand, in dem ein leerer Bruchsack im erweiterten Leistenkanal liegt. Aus dieser Beschaffenheit der beiden Arten von Bruchanlagen für Leistenbrüche erhellt, was auch durch die Erfahrung bestätigt wird, daß der Uebergang von der Bruchanlage zum vollkommenen Leistenbruch zwar mit Rücksicht auf die dabei auftretenden Spannungen und Ausweitungen Beschwerden verursachen kann, aber sich keineswegs unter besonders stürmischen Schmerzen oder sonstigen schweren Krankheitserscheinungen vollziehen muß. Dies gilt nicht nur für Fälle der letztbezeichneten Art, in denen von Anfang an schon ein leerer Bruchsack außerhalb der Bauchwand unter der äußeren Haut liegt und nur noch das Eindringen von Eingeweiden in diesen Sack nötig ist, sondern auch für den ersterwähnten Fall, in dem die Bruchanlage nur in dem Vorhandensein eines leeren Bruchsackes in dem erweiterten Leistenkanal besteht. Im letzteren Falle schlüpft bei einer der gewöhnlichen Pressungen, z. B. beim Stuhlgange, eine Darmschlinge in den leeren Bruchsack und bleibt darin liegen. Von diesem Vorgange hat der Betroffene überhaupt keine oder nur eine ganz geringe Empfindung. Dieser Zustand braucht sich nicht notwendig zum vollkommenen Leistenbruch weiterzuentwickeln. Tut er es aber, so geschieht dies in der Regel durch langsames allmähliches Vorschieben des gefüllten Bruchsackes, wenn öfters Pressungen mit einiger Anstrengung vorgenommen werden, z. B. bei häufigen Stuhlverstopfungen. Die Entwicklung vollzieht sich langsam immer weiter, bis schließlich bei einem oft ganz geringfügigen Anlaß der Austritt des gefüllten Bruchsackes durch die Bauchwand hindurch unter die Haut erfolgt und damit der vollkommene Leistenbruch ausgebildet ist. Die Entwicklung kann noch gefördert werden durch Schlaffwerden der Bauchdecken nach schweren Krankheiten, wiederholte Schwangerschaften, Abmagerung nach vorheriger Fettleibigkeit und anderes mehr. Grundsätzlich vollzieht sich aber auch unter solchen Umständen der Uebergang von der Bruchanlage zum vollkommenen Bruch ohne schwere Krankheitserscheinungen. Die Erfahrung lehrt sogar, wie Prof. Liniger aus seinen Beobachtungen mitteilt, daß selbst der Austritt des Bruches in vielen Fällen gänzlich unbemerkt bleibt, und die Betroffenen keine Ahnung von dem Vorhandensein eines vollkommenen Leistenbruches haben. Ist eine Bruchanlage vorhanden, sei es eine Bruchanlage der zuletzt besprochenen Art, sei es eine solche mit leerem ausgetretenem Bruchsack, so ist also in allen Fällen, in denen bei der Arbeit ein Leistenbruch ohne schwere Krankheitserscheinungen bemerkt wird, entweder die Arbeit nur die Gelegenheit zur Entdeckung des längst vorhanden gewesenen vollkommenen Bruches, oder sie bildet den ganz unerheblichen äußeren Anlaß zum Uebergang der bereits aus-

reichend ausgebildeten Bruchanlage in den vollkommenen Bruch. Auch im letzteren Falle kann somit die Arbeit nicht als Mitursache der Entstehung des vollkommenen Leistenbruches angesehen werden. Ihr Zusammenhang mit der Bruchentstehung ist so lose, daß die Auffassung des praktischen Lebens, wie sie insbesondere in der allgemeinen Anschauung der Aerzte zum Ausdruck kommt, die Arbeit als unwesentliches Moment, lediglich als Gelegenheit des Bruchaustritts, nicht als Ursache des Bruches bezeichnet. Auch in der rechtlichen Beurteilung kann demzufolge auf dem Boden der anfangs entwickelten Kausalgrundsätze in solchen Fällen die Arbeit nicht als Ursache oder Mitursache der Entstehung des Leistenbruches, d. h. als wesentlich mitwirkende Bedingung angesehen werden, vielmehr kann sie nur als eine im Rechtssinne nicht als Ursache oder Mitursache zu bezeichnende unwesentliche Bedingung des Erfolges gelten.

Wesentlich hat zum Bruchaustritt nicht die Arbeit, sondern die Bruchanlage mitgewirkt. Sie ist deshalb die Ursache des Bruches, nicht die Arbeit.

Fehlt eine Bruchanlage, so kann ein Leistenbruch nur unter äußerster Gewalteinwirkung entstehen, die zu Zerreißungen der Bauchmuskulatur, Blutungen, stürmischen Schmerzen, Uebelkeit oder anderen schweren Krankheitserscheinungen führt. Sofortige Unterbrechung der Arbeit und Inanspruchnahme des Arztes werden dann stets nötig. Das gleiche gilt, wenn eine noch in der Entwicklung begriffene Bruchanlage in dem oben erörterten Sinne vorhanden ist, aber der Bruchaustritt, d. h. der Uebergang zum vollkommenen Bruch, sich unter stürmischen Krankheitserscheinungen der geschilderten Art entgegen der langsamen natürlichen Fortbildung plötzlich vorzeitig durch Gewalteinwirkung vollzieht. Nur wenn solche schwere Erscheinungen auftreten, liegt einer dieser beiden Ausnahmefälle vor. Nur dann ist die Gewalteinwirkung, die den Bruchaustritt schafft, die oder eine Ursache desselben; denn nur in diesen Ausnahmefällen hat sie den Bruch wesentlich mitveranlaßt. Die Aerzte bekunden übereinstimmend, daß Fälle dieser Art nur äußerst selten vorkommen. In den weitaus meisten Fällen entsteht ein vollkommener Leistenbruch ohne schwere Krankheitserscheinungen in natürlicher allmählicher Fortentwicklung einer vorhandenen Bruchanlage.

Leistenbrüche, die bei einer Betriebstätigkeit bemerkt werden, können daher nur dann als durch die Betriebsarbeit verursacht angesehen werden, wenn der Bruchaustritt unter stürmischen Krankheitserscheinungen der bezeichneten Art erfolgt. Denn nur dann ist nach den Ergebnissen der vorstehenden Untersuchung der Betriebstätigkeit nicht lediglich als Gelegenheit zur Entdeckung eines bereits vorhandenen vollkommenen Bruches oder als Gelegenheit für den natürlichen Uebergang einer vorhandenen Bruchanlage zum vollkommenen Bruch, sondern als eine Ursache des Bruches zu bezeichnen. Da es sich hierbei aber um seltene Ausnahmefälle handelt, ist ein besonders schlüssiger Beweis sowohl der für die Ursächlichkeit geeigneten Betriebsarbeit, als auch der schweren Begleitumstände des Bruchaustritts zu verlangen. Dieser Standpunkt entspricht der ständigen Rechtsprechung des Reichs-Versicherungsamts. Anlaß, von dieser Rechtsprechung abzugehen, liegt nach den vorstehenden Ausführungen nicht vor.

Gewöhnung an das Tragen eines Bruchbandes verneint. Rekursentscheidung vom 3. Februar 1912.

Nach dem Gutachten des Spezialarztes Dr. B. in H. ist zwar der als Unfallfolge anerkannte rechtsseitige Leistenbruch verschwunden. Indessen wird der Rekurskläger vor dem Wiederaustritt des Bruches nur dadurch geschützt, daß er ein Bruchband trägt. Durch diese Gefahr eines Wiederaustritts des Bruches und das dadurch bedingte Tragen des Bruchbandes erwachsen aber dem Versicherten nicht nur Unbequemlichkeiten, sondern auch erhebliche Behinderungen bei der Arbeit, die regelmäßig die Gewährung einer Rente für den Ausfall an der Erwerbsfähigkeit rechtfertigen.

D. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Bekämpfung der Infektionskankheiten.

a. Im allgemeinen.

Die Bekämpfung der Infektionskrankheiten in Theorie und Praxis. Von Dr. Söchting-Wilmersdorf. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 22.

Die Ausführungen des Verfassers beziehen sich in der Hauptsache auf die Bekämpfung der Diphtherie und des Scharlachs. Er steht auch auf dem schon von vielen Seiten ausgesprochenem Standpunkt, daß die von den Bakteriologen und Hygienikern aufgestellten Forderungen der strengsten Durchführung der Meldepflicht auch für Verdachtsfälle, der genauesten Isolierung und Desinfektion theoretisch wohl ihre Berechtigung hätten, praktisch aber unausführbar seien. Hente sei die Sachlage so, daß der Arzt, der die Meldepflicht streng durchführe, sich bei seinen Klientel mißliebig mache und Patienten verliere. Das Publikum scheue die vielen Scherereien und besonders die Kosten. Verfasser ist der Ansicht, man solle keinen theoretischen Phantasieforderungen nachjagen, sondern der Praxis mehr Rechenschaft tragen. Den Aerzten müsse eine größere Bewegungsfreiheit gegeben werden. Wenn die Meldungen nur noch zu statistischen Zwecken verwandt würden und keine unangenehme Folgen für die Patienten nach sich zögen, so könnten auch die Verdachtfälle gemeldet werden. Bei besonderen Gelegenheiten sei denn doch die Behörde in der Lage, einzugreifen. Auf die Schlußdesinfektion könne ruhig verzichtet werden, da sie doch keinen Zweck habe. Vor allen Dingen wäre dafür Sorge zu tragen, daß den Beteiligten keine Kosten entständen; die Kosten müßten vom Staat oder der Gemeinde getragen werden.

Die Ausführungen des Verfassers können nicht unwidersprochen bleiben. Wenn Ref. ihm auch bezüglich der letzten Forderung, Uebernahme der Kosten durch Staat und Gemeinde nur beistimmen kann, da dadurch die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten wesentlich erleichtert würde, so würde aber seine andere Forderung, Verwendung der Meldungen nur zu statistischen Zwecken, die ganzen Seuchengesetze illusorisch machen. Wenn dem pflichtgemäßigen freiwilligen Handeln der Aerzte mehr Bewegungsfreiheit gegeben würde, so glaube ich gern, daß Verfasser und mit ihm viele andere dieser moralischen Verpflichtung sorgfältig nachkommen würden, aber wie viele würden es nicht tun. Nach meiner Erfahrung nicht wenige. Die betrübliche Tatsache, daß Kollegen, die ihrer Anzeigepflicht genau nachkommen, Praxis verlieren, liegt doch nur an dem geringen Verantwortlichkeitsgefühl der anderen Kollegen; denn wenn sämtliche Aerzte ihrer Anzeigepflicht sorgfältig nachkämen, so hätte sich das Publikum längst daran gewöhnt, und es würde ihnen daraus kein materieller Schaden erwachsen. Das sieht man in solchen Städten und Gemeinden, wo die Aerzte sämtlich ihrer Verpflichtung streng nachkommen. Statt auf das Gesetz zu schelten und es für praktisch undurchführbar zu erklären, sollte lieber in den ärztlichen Vereinen immer wieder darauf hingewiesen werden, daß die Anzeigepflicht nicht nur eine durch Gesetz vorgeschriebene, sondern auch kollegiale Pflicht sei. Daß bei etwaigen Anordnungen chikanöse Maßregel vermieden werden, ist selbstverständlich. Ich möchte aber entschieden bestreiten, daß es praktisch nicht möglich wäre, die verschiedenen Forderungen durchzuführen; es kommt nur auf den guten Willen an. In dieser Beziehung möchte ich auf den Artikel von Herrn Stadtschularzt Dr. Peters-Halle a. S. in Nr. 13 der gleichen Zeitschrift hinweisen,[1]) der zeigt, was man erreichen kann. Wenn der beamtete Arzt dagegen von der praktischen Kollegen nicht unterstützt, ja ihm ev. sogar entgegengearbeitet wird, dann werden natürlich die Forderungen des Gesetzes illusorisch gemacht.

Rpd. jun.

Ueber die Rolle der Bazillenträger bei der Verbreitung von Krankheiten. Von E. J. Mc. Weeney, M. a., M. d., F. R. C. P. Irel., Professor of pathology and bacteriology in university college, Dublin; bacteriologist be the Local Government Board for Ireland. The journal of State medicine: XX. 1912, Nr. 6 und 7.

[1]) Siehe Referat darüber auf S. 905 dieser Nummer.

Der Autor gibt unter eingehender Berücksichtigung der Literatur und insbesondere der deutschen Arbeiten einen genauen Bericht über den Stand der Bazillenträgerfrage bei Cholera, Genickstarre, Diphtherie, Ruhr, Pest und Typhus.

Bei Typhus erwähnt er, daß in der indischen Armee von 86 Rekonvaleszenten bei täglicher Untersuchung der Exkrete nicht weniger als 10 Bazillen 6 Wochen nach der Entfieberung ausschieden, also ein Prozentsatz von 11,6. Bei einer großen Zahl dieser Fälle dauerte die Ausscheidung durch Stuhl und Urin noch mehrere Wochen, manchmal Monate. Das Pflegepersonal wurde oft zum Bazillenträger. Chronische Träger wurden invalidisiert, nach England gesandt und im Hospital in Millback behandelt. Nach dem Bericht des Generaldirektors des Army medical service erwies sich jede Behandlung als wertlos; die Leute sind dienstuntauglich.

Mc. Weeney teilt ferner die Geschichte einer Bazillenträgerin mit, die 1903 an Typhus erkrankt war, ihre Dienstherrschaften überall infiziert hatte und 1909 in einer Farm tätig war, deren Milch im Sommer 1909 an einen Truppenübungsplatz geliefert wurde. Es erkrankten 5 Leutnants, 1 Kapitän und 18 Mann, meist zwischen dem 20. August und 3. September. Die Milch war im Widerspruch zu dem Regimentsbefehl ungekocht getrunken worden. Nach Ermittelung der Trägerin wurde sie nach Dublin ins Krankenhaus gebracht und blieb hier 15 Monate. Um die Bazillen aus dem Harn zu entfernen, wurde zunächst Hetralin (Urotropin und Resorzin), dann Borovertin versucht. Trotz großer Dosen war der Erfolg ungenügend. Aus dem eigenen Stamm des Mädchens wurde nun eine Vakzine bereitet; injiziert wurden 25, 50, 100 Millionen Bazillen, später 400 Millionen + 100 Millionen Staphylococcus aureus (20. Mai 1910). Am 13. Juni 1910 Schmerzen in der rechten Lendengegend; am 20. Dezember Bloßlegung der rechten Niere, die abwärts verschoben war. Inzision am konvexen Rande, Reinigung des Nierenbeckens. Am 11. März reiste die Kranke nach Hause, nachdem sie 6 Wochen lang keine Bazillen im Harn gehabt hatte; die Temperatur war normal geworden.

In seinem Berichte an die Zentralbehörde war Mc. Weeney der Ansicht, daß der Erfolg sowohl auf die Vakzinebehandlung, als auf die Operation zu beziehen sei; auch die Fixation der Niere sei neben der Entfernung von Schleimmembranen aus dem Nierenbecken von Wert gewesen.

Weitere Untersuchungen des Harns wurden von dem Mädchen verweigert. — Während Gärtner[1]) mit Recht sagt: „Um einen gesetzlichen Zwang zur Internierung und Behandlung der Bazillenträger auszuüben, sind die wissenschaftlichen Grundlagen noch nicht genügend gefestigt, wünscht der Autor Einschränkung der freien Bewegung und Heilbehandlung, allerdings mit Unterstützung aus öffentlichen Fonds zur Entschädigung für entgangenen Arbeitsverdienst. Dr. Mayer-Simmern.

---

b. Cholera.

Ueber Choleraelektivnährböden. Von Ministerialrat Prof. Dr. A. Dieudonné und Oberarzt Dr. K. Baerthlein. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 32.

Die verschiedenen Blutalkaliagarnährböden sind den bisher in den Choleradiagnose gebräuchlichen Nährsubstraten wesentlich überlegen. Durch ihre Benutzung vereinfacht sich die Isolierung der Vibrionen aus verdächtigem Material ganz bedeutend, so daß sich die Choleradiagnose in den meisten Fällen nach kürzerer Zeit stellen läßt wie bisher. Unter den angegebenen Elektivnährböden hat sich der Dieudonnésche Originalagar am zuverlässigsten und besten bewährt. Zu berücksichtigen ist allerdings, daß er nicht sofort, sondern erst etwa 18 Stunden nach dem Gießen der Platten gebrauchsfähig ist. Man wird also bei den ersten, verdächtigen Fällen zunächst eine der Modifikationen benutzen, unter denen vor allem der getrocknete Dieudonnésche Originalagar, aber auch die Modifikation nach Pilon und Esch als geeignet erscheinen, während die Nährböden nach Neufeld-Woithe und nach Moldavan nicht die gleiche große Sicherheit bieten, da sie wegen ihrer hohen Elektivität in seltenen Fällen auch auf die Entwicklung der Choleravibrionen zu stark

---

[1]) Deutsche med. Wochenschrift; 1912, S. 1360.

hemmend einwirken. Für die Untersuchung der weiteren Fälle wäre indessen der Dieudonnésche Originalboden angezeigt.

Zum Schlusse wird noch in Kürze auf 2 von Ottolenghi bezw. von Kraus angegebene Methoden eingegangen, die einen Ersatz des Anreicherungsverfahrens von Choleravibrionen in Peptonwasser bringen sollen. Näheres im Original. Dr. Waibel-Kempten.

Persistenz des Choleravibrio im Schlamm von Wasserläufen. Von C. Defressine und H. Cazeneuve, eingereicht von H. Pettit. Aus dem bakt. Laboratorium der französischen Marine. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII., 1912, Nr. 26.

Bei der Touloner Choleraepidemie von 1911 wurde der Kochsche Vibrio in einigen Flüssen der Stadt nachgewiesen; nach mehreren Wochen war er aus dem Wasser verschwunden. Im Mai 1912 waren die Flüsse derart ausgetrocknet, daß sich nur wenig stagnierendes Wasser, aber viel Schlamm darin fanden. In diesem weichen schwarzen Schlamm konnten die Autoren den echten Choleravibrio nachweisen. Epidemiologisch ist dieser Befund von Bedeutung; er erklärt das nach Latenz beobachtete Wiederaufflackern von Epidemien.

Dr. Mayer-Simmern.

---

c. Pocken und Schutzpockenimpfung.

Der Kampf der Impfgegner. Nationale Hygiene und praktische Medizin; 1912, Nr. 17.

Diese kleine Notiz, die der Vossischen Zeitung entnommen ist, ist durchaus lesenswert, weil sie ein krasses Streiflicht wirft auf die Art der Agitation der Impfgegner. Es sind drei Fälle angeführt, in denen die Impflinge durch die Impfung geschädigt sein sollten.

Im Sommer vorigen Jahres hatte ein Volksschullehrer einen Brief veröffentlicht, in den er behauptet, daß bei einem am 8. Oktober 1905 geborenen Kinde durch die Impfung Erblindung eingetreten sei. Es hätten sich an der Impfstelle Eiterbeulen gebildet usw.; der Zustand habe sich immer weiter verschlechtert. Jetzt sei das Kind auf dem rechten Auge blind und habe links nur ganz geringe Sehschärfe. Die amtlichen Ermittelungen ergaben, daß das Kind an angeborener Lues erkrankt war und bereits 17 Tage nach der Impfung vom Augenarzte eine antisyphilitische Kur verordnet erhalten hatte. Diese Diagnose war von zwei anderen Aerzten bestätigt. Die Impfung hatte also mit der Erkrankung des Kindes absolut nichts zu tun.

Im zweiten Falle sollte das bis dahin gesunde Kind infolge der Impfung am neunten an Blutvergiftung gestorben sein. Hier ergab die Ermittelung, daß das Kind an Lungenentzündung gestorben war, die auch durch die Sektion festgestellt war.

Im dritten Falle ist bei dem angeblich infolge der Impfung gestorbenen Kinde Diphtherie als Todesursache festgestellt. Trotzdem die Mutter wußte, daß das Kind an Diphtherie gestorben war, hatte sie auf einer ihr von Impfgegnern vorgelegten Karte als Todesursache die Impfung angegeben.

Dr. Hoffmann-Berlin.

---

d. Typhus.

Ueber die Grundlagen einer Serumtherapie des Typhus abdominalis. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. R. Pfeiffer, Direktor des Hygien. Instituts und Dr. Georg Bessau, Assistenzarzt der Kinderklinik der Kgl. Universität Breslau. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 35.

Die Verfasser verbreiten sich zunächst über verschiedene experimentelle Tatsachen und theoretische Grundlagen der Typhusimmunität und stellen bezüglich der Frage einer Serumtherapie des Menschen vor allem fest, daß trotz der gegensätzlichen Behauptungen mancher Autoren von einer echten antitoxischen Serumtherapie nicht die Rede ist. Das Ziel, das überhaupt erreicht werden kann, ist eine möglichst intensive Bakteriolyse und ein möglichst vollständiger Endotoxinabbau. Beides sind Funktionen des Bakteriolysins; mit anderen Worten: das therapeutische Agens aller Typhussera sind die spezifischen Bakteriolysine. Die bisherigen Erfahrungen der praktischen Typhus-

serumtherapie sind viel zu gering und ihre Resultate viel zu widersprechend, als daß aus ihnen, sei es für die Praxis, sei es für die Theorie, bindende Schlüsse gezogen werden könnten. Ob in Zukunft mit der Serumbehandlung bessere therapeutische Erfolge zu erzielen sein werden, ist nach den Darlegungen der Verfasser sehr unwahrscheinlich, mag aber dahingestellt bleiben. Vielleicht gelingt es noch einmal, die Bakteriolysine, das wirksame Prinzip aller Typhussera, so zu konzentrieren, daß ein unter gewissen Umständen brauchbares und erfolgreiches Präparat für die Therapie gewonnen wird.

Dr. Waibel-Kempten.

Die Ursachen des Rückganges des Typhus in Liverpool während der letzten 16 Jahre. Von C. O. Stallybraß, M. d. Assistant port medical officer, Liverpool. Nach einem Vortrag vor der N.-W. Sektion des englischen Medizinalbeamtenvereins. Public health; XXV., 1912, Nr. 11.

In den Jahren 1896 bis 1910 sank in Liverpool die Mortalität an Typhus von 25 : 100 000 auf 4 : 100 000 und zwar von 1140 auf 231 Fälle. In Manchester betrugen die Zahlen 22, 9, 513 und 358. Dort sank die Sterblichkeit auf $^1/_6$, hier nur auf $^1/_2$ bis $^1/_3$. Gleichzeitig nahmen auch die Todesfälle an Febris recurrens und Febris continua ab. Im ersten Jahrfünft betrug in Liverpool der durchschnittliche prozentuale Zuwachs der angezeigten Typhusfälle vom Minimum im Februar/März zum Maximum im Oktober 115%; 1910 war das Maximum im Januar und der gewöhnliche Herbstanstieg fehlt fast vollkommen In dem sehr heißen Herbst 1911 war allerdings wieder ein großer Anstieg, der im starken Gegensatz stand zu den Herbstzahlen der 4 Vorjahre, in denen die gewohnte Füllung der Krankenhäuser mit Typhuskranken ausgeblieben war.

Auf direkter Infektion durch persönliche Berührung beruhten u. a. 98 Fälle, die Krankenschwestern, Aerzte und Dienstpersonal der Krankenhäuser betrafen.

Die Ueberführung ins Krankenhaus war die wesentliche Ursache der Abnahme des Typhus; 1896 wurden 48% der Fälle, 1910 75% ins Krankenhaus gebracht, die Zahlen betrugen in Manchester 52 und 76%, in Cardiff 3 und 66%). Für Liverpool kommt besonders in Betracht, daß etwa 1000 Höfe mit den ungünstigsten hygienischen Verhältnissen, mit schlechten Aborten, mit zahlreichen, von Fliegen wimmelnden Ställen in der Zwischenzeit ganz niedergelegt worden sind. Prof Glynn und Dr. Cox wiesen jüngst nach, daß Fliegen, die in der Umgebung solcher Ställe gefangen wurden, mehr Keime, insbesondere mehr koliforme Organismen enthalten, als jene aus gesunden Stadtbezirken.

Auf Austern sind die Fälle z. T. zurückzuführen, die zwischen Oktober und Mai auftreten. Die aus Irland stammenden Muscheln waren oft durch Kanalwässer infiziert. Auf Bazillenträger sind einige Fälle zu beziehen. Die Träger scheinen die Krankheit von einem Jahr ins andere hinüberzuleiten. Die 181 Fälle aus 1911 verteilen sich nach ihrer Ursache wie folgt: Es waren eingeschleppt 40, auf Milch zu beziehen 3, auf Austern 11, auf direkte Uebertragung 13, wahrscheinlich kein Typhus 19; eine Ursache war nicht aufzufinden im Bezirk der Höfe in 51, in der übrigen Stadt in 44 Fällen.

Er. Mayer-Simmern.

---

e. Diphtherie.

Ein Verfahren zum Nachweis der Diphtheriebazillen. Aus dem hygienischen Institut der Universität Halle. Von H. Conradi und P. Troch. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 30.

Der klassische Nährboden für Diphtheriebazillen war bisher die Löfflersche Serumplatte. Um einzelne Mängel dieser Platte abzustellen, präparierten die Verfasser noch eine neue Nachweisplatte (Tellurplatte), welche sie gemeinsam mit der Löfflerschen Platte verwendeten und zwar zuerst die Löfflersche Serumplatte und dann die Tellurplatte.

Nach Mitteilung der Bestandteile der Tellurplatte und des ganzen Untersuchungsmodus kommen die Verfasser bei einem Vergleiche der Leistungen von Löffler- und Tellurplatte zu dem Schlußergebnis, daß sich die Befunde von Diphtheriebazillen mit Hilfe der Tellurplatte verdoppelt

haben und deßhalb behauptet werden darf, daß durch die Kombination von Löffler- und Tellurplatte der Nachweis der Diphtheriebazillen an Sicherheit und Zuverlässigkeit gewinnt, was er an Schnelligkeit einbüßt. Diese Tatsache bedeutet einen Fortschritt in der Diagnose, Prophylaxis und Therapie der Diphtherie. Dr. Waibel-Kempten.

Aktive und passive Immunität bei Diphtherie in der ärztlichen Praxis. Von Dr. Dittrieh-Jonitz. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 23.

Die durch die Einspritzung mit Diphtherieheilserum gewonnene Immunität hält bekanntlich nur wenige Wochen an, während nach den neueren Forschungen durch das Ueberstehen leichter Diphtherieinfektionen eine hochgradige Immunität bis zu 5 Jahren erlangt wird. Daran anknüpfend stellt Verfasser die sehr verständige Forderung auf, nicht bei jedem Diphtheriefall wahllos Seruminjektionen zu machen, sondern nur bei bösartigen Fällen und Epidemien, wo Gefahr für den Patienten besteht. Bei den vielen leichten Fällen aber, die der Arzt zu Gesicht bekomme, sei eine Injektion nicht notwendig, sondern sogar unzweckmäßig, weil dadurch dem Patienten der Segen der länger dauernden Immunität genommen werde. Man schütze ihn zwar vor einer Erkrankung leichteren Grades, aber nicht davor, vielleicht nach kurzer Zeit einer bösartigen Epidemie zu erliegen. Rpd. jun.

Neue Gesichtspunkte zur Behandlung der Diphtherie, des Scharlachs und von eitrigen Prozessen. Von Dr. Lorey-Hamburg-Eppendorf. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 26.

Verfasser hat bei der schon 3 Jahre lang in Hamburg herrschenden, sehr bösartigen Diphtherieepidemie Versuche gemacht, das Diphtherieserum neben den intramuskulären Einspritzungen auch lokal anzuwenden. Er benutzte dazu ein 400faches Serum, das er im Verhältnis von 1 : 29 mit physiologischer Kochsalzlösung oder 0,5 %iger Karbolsäurelösung verdünnte. Erwachsene ließ er mit dieser Lösung gurgeln; Kindern wurde sie mit einem einfachen Spray eingeblasen. Bei Nasendiphtherie wurde ein in die Lösung getauchter Tampon benutzt, bei Augendiphtherie die Lösung direkt ins Auge geträufelt. Die Erfolge waren ganz überraschend; es erfolgte eine auffallend schnelle Abstoßung der Membranen. Besonders eklatant zeigte sich die Wirkung bei der Nasen- und Augendiphtherie, wo sich schon wenige Stunden die Membranen in großen Fetzen abzustoßen beginnen.

Weiter hat dann Verfasser die lokale Behandlung statt mit Diphtherieantitoxin mit gewöhnlichem Pferdeserum entsprechender Verdünnung vorgenommen. Er konnte da kaum einen nennenswerten Unterschied feststellen; allerdings ist die Zahl der Kontrollfälle noch zu klein, um definitive Schlüsse zu ziehen. Ausgezeichnete Erfolge aber erzielte Verfasser mit der lokalen Behandlung mit Pferdeserum beim Scharlach. In den Fällen, die mit tiefgreifenden, gangränös stinkenden Nekrosen einhergingen, erfolgte außerordentliche schnelle Heilung. Weiter leistete es ihm gute Dienste bei dem im Gefolge des Scharlachs auftretenden eitrigen Prozessen, bei denen trotz Inzision die Einschmelzung des Gewebes doch immer weiter fortschreitet. In diesen Fällen gießt er nach breiter Inzision Serum in die Wunde und tamponiert diese mit einem in Serum getränkten Gazestreifen aus. Auch hier hatte die Behandlung so verblüffende Resultate, daß Verfasser sie nur wärmstens empfehlen kann. Rpd. jun.

Klinische Erfahrungen während der letztjährigen schweren Diphtherieepidemien. Von Dr. O. Nordmann. Berliner klin. Wochenschrift; 1912, Nr. 31.

Verfasser steht nach seinen Erfahrungen ganz auf dem Standpunkt einer möglichst frühzeitigen ausgiebigen Seruminjektion bei allen Fällen, die wahrscheinlich Diphtherie sind. Er hält es für falsch, zu warten, bis die bakteriologische Bestätigung oder Nichtbestätigung eingetroffen ist. Auch die prophylaktische Anreicherung des Diphtherieserums hat nach seinen Erfahrungen großen Nutzen. Wichtig sind die weiteren Ausführungen der Verfassers. „Die ganze Serumbehandlung, auch die Prophylaxe, scheitert sehr häufig an dem

hohem Preis des Serums, und hier müßte meines Erachtens der ganze Kampf gegen die Epidemien einsetzen. Ich stimme Braun vollkommen bei, wenn er sagt, daß alle dadurch verursachten Kosten schließlich durch Herabsetzung der Erkrankungs- und Sterbeziffer geringer sein würden, als die zu Zeiten schwerer Epidemien entstehenden Verluste an Nationalvermögen . . . Ein jeder sollte in seinem Kreise nach Wohltätern suchen, die bereit sind, der Kommune einen Fond zur Verfügung zu stellen, aus dem zu Zeiten schwerer Epidemien die Kosten für freie Serumlieferung an Unbemittelte bestritten werden könnten. Dieses Ziel, das bereits in einigen Gemeinden erreicht ist, ist wahrscheinlich leichter zu verfolgen, als eine einheitliche staatliche Maßnahme.“

Dr. Meinicke-Hamburg.

Schule und Diphtherie. Von Stadtschularzt Dr. Peters-Halle a. S. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 13.

Die Diphtherie unter den Schulkindern läßt sich nach Ansicht des Verfassers nur wirksam bekämpfen, wenn Erkrankte und deren Geschwister, die vom Schulbesuch ausgeschlossen gewesen waren, erst dann wieder zugelassen werden, wenn bakteriologisch festgestellt ist, daß sie weder im Rachen noch in der Nase Diphtheriebazillen beherbergen. Weiter müßten Kinder, die über Halsschmerzen, Schluckbeschwerden und dergl. klagten oder daran gelitten hätten, gleichfalls bakteriologisch untersucht werden. Schließlich dürfe eine Schlußdesinfektion erst dann stattfinden, wenn der Patient nicht nur klinisch genesen, sondern auch bakteriologisch als bazillenfrei befunden sei. Verfasser nennt dieses die Mindestforderungen, die bei sporadischem Auftreten von Diphtherie zu beachten seien. Bei Epidemien müßten sie noch erheblich verschärft werden. Sie ließen sich auch sehr gut durchführen, wie das Beispiel von Halle zeige, wo seit 4 Jahren derartig verfahren werde. Der Einwand, daß die Maßregeln theoretisch wohl sehr schön, praktisch aber unausführbar seien, sei durch das Beispiel von Halle hinfällig. Wenn ferner behauptet würde, daß der systematische Schulausschluß der Bazillenträger usw. durch deren Verhalten zu Hause illusorisch gemacht würde, indem sie doch auf der Straße herumliefen, mit anderen Kindern spielten usw., so hätte dieser Einwand wohl Berechtigung, aber er könne für die Schule nicht stichhaltig sein. Wo die Eltern verpflichtet seien, ihre Kinder zur Schule zu schicken, habe anderseits die Schule auch die Pflicht, infektionsgefährliche Kinder auszuschließen; dann sei es auch noch ein Unterschied, ob ein Kind stundenlang in einem engen Raume oder auf der Straße in frischer Luft mit einem Bazillenträger und dergl. in Berührung käme. Auf jeden Fall habe die Schule ihre Pflicht getan; das andere sei Sache der Polizeibehörde.

Diese Forderungen, die auch nach Ansicht des Referenten, das Mindestmaß vorstellen, lassen sich aber leider ohne weiteres nur in größeren Städten, wo ein oder mehrere Schulärzte angestellt sind, oder am Wohnorte des Kreisarztes durchführen; auf dem Lande wäre es nur bei sehr weitem Entgegenkommen der praktischen Aerzte möglich, auf das man aber nicht überall rechnen kann. Referent ist übrigens, wo es möglich war, noch weiter gegangen und hat veranlaßt, daß den gesunden Geschwistern, Bazillenträgern usw. der Besuch der Straße und der Verkehr mit anderen Kindern untersagt wurde. Diese Maßregel ist unter Umständen gar nicht so schwer durchzuführen, da sie aus Aengstlichkeit von manchen Eltern gefordert wird.

Rpd. jun.

---

f. Erythema nodosum.

Ueber die ominöse Form des Erythema nodosum. Von Dr. Kober-Halle a. S. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 19.

Das Erythema nodosum, eine für gewöhnlich harmlose Hauterkrankung, kann unter Umständen auch ein beachtenswertes Symptom einer ernsten Allgemeinerkrankung sein. Es ist, worauf Uffelmann seiner Zeit zuerst hingewiesen hat, ähnlich den Hautausschlägen bei Scharlach, Masern und Typhus als toxisches Exanthem aufzufassen, veranlaßt durch die Infektion des Körpers mit Tuberkelbazillen. Die Erkrankung ist dann immer eine schwerere, das Allgemeinbefinden ist gestört; das Erythem selbst tritt nicht gleichzeitig mit dem Fieber, wie es sonst der Fall ist, auf, sondern erst später. In dem hier vom Verfasser geschilderten Falle entstand es nach 14 Tage lang anhaltenden

Fieberattacken. Eine später gemachte Röntgenaufnahme zeigte dann deutlich Anschwellungen der beiderseitigen Hilusdrüsen; weiter fiel die Pirquetsche Reaktion positiv aus. Rpd. jun.

g. Keuchhusten.

Zur Frage der Versorgung stickhustenkranker Kinder. Von Dr. Galisch-Bad Rothenfelde. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 12.

Es ist in der letzten Zeit von verschiedenen Seiten angeregt worden, Anstalten bezw. Kurorte zu gründen, in denen die an Stickhusten leidenden Kinder Aufnahme finden sollen, um dadurch die Ausbreitung von Keuchhusten-Epidemien und die Verseuchung von Kurorten, die bis dahin davon verschont waren, zu verhüten. Gegen diese Maßregel äußert Verfasser Bedenken, da er die Beobachtung gemacht hat, daß der Keuchhusten bei einigen Kindern bedeutend leichter verläuft, als dort, wo mehrere gleichzeitig erkrankt sind. Er führt das auf eine Anhäufung des Krankheitsstoffes zurück, der eine Neuinfektion zustande kommen und dadurch die Heilung verzögern läßt. Der günstige Einfluß der Luftveränderung und des Aufenthaltes im Freien sei auch wohl darauf zurückzuführen, daß der ausgehustete Ansteckungsstoff aus der Nähe des Patienten entfernt würde. Die Unterbringung stickhustenkranker Kinder in Spezialanstalten würde daher auf den Verlauf des einzelnen Krankheitsfalles nicht günstig einwirken. Rpd. jun.

h. Poliomyelitis acuta (akute Kinderlähmung).

Der Liquor cerebrospinalis bei Infektionskrankheiten, insbesondere im Zusammenhang mit der Wassermannschen Reaktion bei Poliomyelitis acuta epidemica. Aus dem Eppendorfer Krankenhaus. Von Dr. H. Schottmüller. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 37.

Verfasser berichtet in längeren Ausführungen über einige Ergebnisse der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei Infektionskrankheiten und kommt dabei zu dem Resultat, daß bei vielen Infektionskrankheiten offenbar infolge Einschwemmung von Keimen auf dem Blutwege in das Gehirn bezw. in das Gewebe der Pia und Arachnoidea nachweisbare Veränderungen des Liquor spinalis hervorgerufen werden. Diese sind geeignet, im einzelnen Fall Rückschlüsse auf einen pathologischen Zustand der Meningen zu gestatten. Als Wirkung von Toxin, das im Blute gelöst, in die Meningen gelangt, dürfte der Befund im Liquor nicht aufzufassen sein.

Es kommt also bei Infektionskrankheiten diagnostische und prognostische Bedeutung der Liquor-Druck- und Zellvermehrung zu, auch wenn eine Meningitis sensu strictori nicht besteht. Für Poliomyelitis acuta hat vielleicht auch die Wassermannsche Reaktion diagnostische Bedeutung. Dr. Waibel-Kempten.

Die Durchgängigkeit des Poliomyelitis virus durch die Nasenschleimhaut und die vorbeugende Wirkung lokal angewandter Antiseptica. Von C. Levaditi und V. Danulesco. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXIII, 1912, Nr. 28.

Untersucht wurden in 7 Versuchen an Affen solche Mittel, die in vitro sich als mikrobizid für den Poliomyelitiskeim erwiesen hatten; Menthol mit Karbolsäure, H_2O_2, Kaliumpermanganat und Jod. Das Antiseptikum wurde schon 2 Stunden nach Einführung des Virus in die Nasenhöhlen angewandt, so das Jod, das ja in besonders auffälliger Weise die Gewebe durchdringt. Die Spülungen mit $KMnO_4$ und mit H_2O_2 wurden wiederholt und unter hohem Druck ausgeführt. Nur 4mal auf 11 Versuche gelang es, die Tiere zu erhalten; am wirksamsten erwiesen sich Jod und $KMnO_4$. Gegen eine neue Infektion von der Nase aus zeigten sich die geretteten Tiere empfindlich.

Es ergibt sich daraus, daß das Virus sehr rasch die tiefen Schichten der Nasenschleimhaut und vielleicht auch die Lymphbahnen der Olfaktoriusfäden befällt, die ihm als Weg zu den Nervenzentren dienen. Dazu kommen die Buchten der Sinus, die Falten der Schleimhaut, die den Keim vor dem antiseptischen Mittel schützen.

Das Virus scheint nach den Versuchen der Verfasser zu der Kategorie der beweglichen Organismen zu gehören. Dr. Mayer-Simmern.

Besprechungen.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. E. Bumm-Berlin: **Grundriss zum Studium der Geburtshilfe.** VIII. vermehrte Auflage. 28 Vorlesungen mit 593 Abbildungen. Wiesbaden 1912. Verlag von J. F. Bergmann.

Der Bummsche Grundriß gehört zweifellos zu den beliebtesten Lehrbüchern der Geburtshilfe der Neuzeit, wofür schon der Umstand spricht, daß das — übrigens jetzt in russischer, ungarischer, französischer und italienischer Sprache übersetzte — Werk nach den 9 Jahren in VIII. Auflage erschienen ist! Wenn jemals ein Werk in der medizinischen Buchliteratur ein Anrecht hat, anregend und fördernd auf die Ausgestaltung der Lehrbücher, insbesondere die illustrative Ausstattung, gewirkt zu haben, so ist es das Bummsche Buch. Das Werk ist zu bekannt, um auf die Einleitung des Lehrstoffes einzugehen — welcher in 28 Vorlesungen in äußerst klarer und fesselnder Sprache vorgetragen wurde —, es sei diesbezüglich auf die genaue in dieser Zeitschrift (1903, Heft 4) erschienene Besprechung hingewiesen. Auch in der neuen Auflage sind die allerjüngsten Forschungen in der Geburtshilfe berücksichtigt; dementsprechend sind die einzelnen Kapitel zum Teil ergänzt, zum Teil aber umgearbeitet, so daß man bei dem Studium des Werkes ein vortreffliches Spiegelbild des derzeitigen Standes der Geburtshilfe gewinnt. Es erübrigt sich daher, auf Einzelheiten einzugehen. Der illustrative Teil — geradezu ein vorbildliches Muster für andere medizinische Lehrbücher — ist auch in dieser Auflage (um einige Abbildungen vermehrt) vortrefflieh ausgestattet und trägt der für das Verständnis der Geburtshilfe so notwendige Anschauung in jeder Beziehung Rechnung. Das Werk ist zwar in erster Linie für Aerzte und Studierende geschrieben, aber auch der beamtete Arzt wird, insbesondere zur Orientierung und Erstattung von Gutachten über geburtshilfliche Ereignisse, in dem Buche eine vortreffliche Anregung und Belehrung finden. Schließlich sei noch darauf hingewiesen, daß der Hebammenlehrer im Unterricht an der Hand des Bummschen Grundrisses ein unübertreffliches Anschauungsmaterial besitzt, mittelst dessen er das gesprochene Wort am deutlichsten illustrieren kann. Aus dem Gesagten ergibt sich von selbst die Empfehlung eines so ausgezeichneten Werkes, das einem Jeden bei dem Studium immer wieder Freude bereitet. Prof. Dr. Walther-Gießen.

Dr. Hermann Fehling, ordentlicher Professor der Geburtshülfe in Straßburg. **Die operative Geburtshilfe der Praxis und Klinik in 22 Vorträgen.** Zweite Auflage. Wiesbaden 1912. Verlag von J. F. Bergmann. Kl. 8°, 225 Seiten.

Während bis vor kurzem die Geburtshülfe für ein abgegrastes Feld galt, auf dem Neuerungen und Fortschritte kaum zu erwarten seien, während dementsprechend nur zu viele klinische Lehrer geneigt waren, dieses für den Praktiker doch so außerordentlich wichtige Fach etwas stiefmütterlich zu behandeln und ihr Hauptinteresse der rüstig fortschreitenden Gynäkologie zuzuwenden, ist hierin in den letzten 15—20 Jahren ein gründlicher Umschwung zu verzeichnen. Mit dem Eintritt der chirurgischen Aera in die Geburtshülfe ist zu den altgeheiligten Technizismen der Zange, Wendung, Steißextraktion, Plazentarlösung usw. in überstürzender Schnelle eine ganze Anzahl neuer Operationen hinzugetreten, die freilich nicht ausnahmslos dem Prüfstein klinischer Erfahrung Stand gehalten haben. Da ist es dem in der Praxis stehenden Geburtshelfer nicht möglich, dieser rastlosen Entwicklung zu folgen, seinerseits die Spreu vom Weizen zu scheiden und das für den Praktiker Brauchbare herauszuschälen. Denn viele der modernen geburtshülflichen Operationen sind nur für die Klinik geeignet; sie verlangen günstigere Verhältnisse in bezug auf Assistenz, Lagerung und Beleuchtung, als sie sich im Privathause schaffen lassen; sie stellen aber auch größere Ansprüche an das chirurgische Können, als der Mehrzahl der Praktiker vorläufig noch zu eigen ist. Fehlings Hoffnung, daß der Kaiserschnitt und ein Bauchschnitt bei geplatzter Extrauterinschwangerschaft als lebensrettend von jedem Arzt ausgeführt werden können, wird wohl. wenigstens für lange Zeit hinaus ein frommer Wunsch bleiben! Auf jeden Fall kann man es, wie auch Fehling tut, bedauern, aber die Tatsache ist nicht aus der Welt

zu räumen, daß die operative Geburtshülfe jetzt nicht mehr Gemeingut aller praktischen Aerzte ist, daß sie sich vielmehr gespalten hat in der Geburtshülfe des praktischen Arztes und in eine chirurgische Geburtshülfe, die nur der auf der Höhe seines Faches stehende Gynäkologe zu beherrschen vermag Ueber die Leistungen der letzteren den Praktiker aufzuklären und die Grenzlinien klarzulegen, wo sein Können aufhört, ist der verdienstvolle Zweck des Fehlingschen Werkes. Aber es bietet darüber hinaus doch auch dem Gynäkologen von Fach und dem Medizinalbeamten des Interessanten und Wertvollen gar viel. Alle Vorzüge Fehlingscher Denk- und Schreibweise, die ruhige klare Ueberlegung, die genaue, auf topographisch-anatomischer Grundlage beruhende Indikationsstellung und die Abneigung gegen überschwenglich empfohlene, durch klinische Erfahrung aber noch nicht begründete Methoden zeichnen dies Buch genau so aus, wie Fehlingsche Schriften. Wohl nur sehr wenige Medizinal-Beamte werden heutzutage noch praktische Geburtshülfe betreiben können; aber die Aufsichtsführung über die Hebammen, die Notwendigkeit, deren Tagebücher durchzuarbeiten und als Grundlage geburtshülflicher Statistik zu verwenden, zwingt doch den Kreisarzt, sich über die Fortschritte der Geburtshülfe auf dem Laufenden zu halten. Hierfür kann das gehaltreiche, aber kurze Buch (225 Seiten) nachdrücklich empfohlen werden. Die Abbildungen sind, soweit sie den Gang der geburtshülflichen Operationen darstellen wollen, meist schematisch gehalten, während zum Schluß des Buches eine getreue Wiedergabe photographischer Darstellungen sehr schöner Exemplare der verschiedenen Formen enger Becken gegeben wird.

Auf Einzelheiten aus dem reichen Inhalt einzugehen, ist hier nicht am Platze. Dr. Langerhans-Celle.

Dr. Baumm: Praktische Geburtshilfe. Einführung in das neue preussische Hebammen-Lehrbuch. 6. Auflage, 15. Tausend. Berlin 1912. Verlag von Elwin Staude. Kl. 8°, 140 Seiten.

Der „kleine Baumm", das braungebundene handliche Büchlein, das nunmehr in sechster (nur wenig geänderter) Auflage vorliegt, erfreut sich bei den Kreisärzten und zwar als Hülfsmittel für die Hebammen-Nachprüfung großer Beliebtheit. Und mit Recht! Die regelmäßige, zweijährige Nachprüfung soll nicht nur eine Art Parade sein, bei der der Kreisarzt seine Untergebenen kennen lernt, sondern sie soll ein wichtiges Fortbildungsmittel für die Hebammen sein. Dazu genügt es aber nicht, daß der Kreisarzt, das Lehrbuch in der Hand, dessen wichtigste Paragraphen abfragt. Die Hebammen wissen ja allmählich ganz genau, auf welche Gegenstände sich die Prüfung gewöhnlich erstreckt und pflegen sich vorher die betreffenden Paragraphen in heißem Mühen möglichst wörtlich einzupauken, so daß bei der erwähnten Art der Nachprüfung oft recht unwissende Hebammen sogenannte Ehre einzulegen imstande sind. Daher ist solche Nachprüfung, die übrigens allmählich doch auch recht selten wird, eigentlich ganz wertlos. Soll die Nachprüfung ihren Zweck erfüllen, so muß der Kreisarzt das ganze Gebiet der Hebammenkunst, also den Inhalt des Lehrbuches, vollständig bis in alle Einzelheiten hinein beherrschen und, ohne sich streng an die Paragraphen zu halten, halb fragend, halb belehrend mit jeder einzelnen Hebamme die verschiedensten Gegenstände durchsprechen. Die hierzu erforderliche Beherrschung des Lehrbuches ist nicht leicht, da die Hebammen bekanntlich auf das Lehrbuch eingeschworen sind und jede, auch die kleinste Abweichung von dessen Lehren als eine grobe Unwissenheit oder eine Todsünde anzusehen geneigt sind. So bleibt denn dem Kreisarzt, namentlich wenn ihm die Art seiner Vorbildung und seines speziellen Arbeitsfeldes besondere Fühlung mit Geburtshülfe und Hebammenwesen nicht gibt, nichts übrig, als vor der Hebammen-Nachprüfung den Inhalt des Lehrbuches kursorisch durchzuarbeiten und hierzu ist der kleine Baumm eine ganz vorzügliche Handhabe. Leider wird allerdings der Wert des Buches durch das unmittelbar bevorstehende Erscheinen einer neuen Bearbeitung des Lehrbuches in Frage gestellt.

Ob es sich überhaupt empfiehlt, daß die Hebammen außer dem Lehrbuch noch andere literarische Hilfsmittel benutzen, darüber gehen die Ansichten immer noch auseinander. Freilich mag es manche alte beschränkte Person

geben, bei denen durch das Lesen mehrerer Bücher, wenn auch wesentlich gleichen Inhalts, so doch verschiedener Fassung, Verwirrung entsteht. Solche Hebammen sind aber doch allmählich sehr in der Minderzahl und gerade diese sind es am allerwenigsten, die freiwillig ein Buch zur Hand nehmen. Die intelligenteren Hebammen aber besitzen an dem Baummschen Abriß, namentlich soweit er einen kurzen, klar und verständlich gefaßten Auszug des Lehrbuches gibt, ein sehr gutes Hilfsmittel bei ihren Wiederholungen. Uebrigens ist der kurze Abschnitt, der die Bakteriologie und die Aetiologie des Wochenbettfiebers den Hebammen klar zu machen sucht, ein geradezu klassisches Meisterstück gemeinverständlicher Darstellungskunst.

Dr. Langerhans-Celle.

Dr. Friedrich Kirstein, Assistenzarzt der Königlichen Universitäts-Frauenklinik in Göttingen: **Leitfaden für den Hebammenunterricht.** Auf Grund des Preußischen Hebammenlehrbuches für Aerzte, Medizinalbeamte, Hebammenlehrer und Hebammen zusammengestellt. Berlin 1912. Verlag von Jul. Springer. Kl. 8°, 171 S. Preis: geb. 2 M.

Das Buch, das denselben Zwecken, wie das Baummsche Werkchen dienen will, ist wesentlich umfangreicher und unterscheidet sich von ihm unter anderem dadurch, daß es sich genauer an den Grundtext hält und die von Baumm öfters beliebten „Abweichungen, Zusammenziehungen und Zusätze" fast vollständig meidet. Dem Verfasser ist das für den schwierigen Beruf als Hebammenlehrer unerläßliche Lehrtalent sichtlich in hohem Grade zu eigen, wie namentlich die sehr geschickte Zusammenfassung der belehrenden Ausführungen des Buches in kurzen, kategorischen Imperativen zeigt. Ich möchte daher den Wert des Buches für die Intelligenteren unter den Hebammen recht hoch veranschlagen.

Im übrigen ist es geradezu eine Abnormität, daß der Arzt, dessen Beruf ihn täglich mit den Hebammen zusammenführt, meist so wenig über deren Wissensgebiet, deren Rechte und Pflichten unterrichtet ist. Diesem, namentlich den Kreisärzten recht oft störend auffallenden Mangel abzuhelfen, ist das Kirsteinsche Buch an sich wohl geeignet, wenn auch eine nachdrücklichere Abkürzung des Lehrbuches für diesen Zweck vielleicht zulässig gewesen wäre. Außerdem muß auch hier das unmittelbar bevorstehende Erscheinen des neuen Hebammen-Lehrbuches den praktischen Wert des Büchleins schwer beeinträchtigen.

Dr. Langerhans-Celle.

Dr. St. Engel und **Dr. Marie Baum: Grundriss der Säuglingskunde nebst einem Grundriss der Säuglingsfürsorge.** Wiesbaden 1912. Verlag von J. F. Bergmann. Kl. 8°; 208 S. Preis: geb. 4,60 M.

Das Büchlein wendet sich an alle diejenigen, die beruflich oder außerberuflich mit der Pflege und Beaufsichtigung von Säuglingen beschäftigt sind. Die beiden Verfasser haben sich in ihrer Aufgabe derart geteilt, daß Engel, der Kinderarzt und Dozent an der Akademie in Düsseldorf, den theoretischen Teil des Gebietes, das hier den treffenden Namen Säuglingskunde erhalten hat, während Dr. Marie Baum, die Geschäftsführerin des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungs-Bezirk Düsseldorf, in dem zweiten, leider etwas kurz geratenen Teil unter Berücksichtigung der gesetzlichen Grundlagen vorwiegend vom praktiscben Gesichtspunkt aus die Säuglingsfürsorge bespricht. Man wird nicht durchweg den Anschauungen der Verfasserin zustimmen, aber man findet doch sehr vieles Interessante und Wichtige, z. B. eine Zusammenstellung der erstmaligen Anschaffungskosten für eine „Mutterberatungsstelle", unter welchem Namen ganz zweckmäßigerweise die Säuglingsfürsorgestellen verstanden werden, ferner eine Berechnung der laufenden Ausgaben für eine solche. Es kann sich hierbei natürlich nur um einen ganz ungefähren Anhalt handeln, da die überall verschiedenen Verhältnisse individuell berücksichtigt werden müssen. Aber für jeden, der eine solche Beratungsstelle einrichten will, ist eine derartige, aus der Fülle der Erfahrungen geschöpfte Zusammenstellung wertvoll, da man an der Hand einer solchen manchen, anderwärts auch gemachten und als solchen erkannten Fehler und manche unnütze Ausgabe vermeiden kann. Interessant sind auch die Aeußerungen der Verfasserin über die Erfahrungen, die mit Ausdehnung der Säuglingsfürsorge auf die Kleinstadt und das Land gemacht sind. Indem sie die Mittätigkeit der Hebamme bei der

Säuglingsfürsorge, abgesehen von der Still-Propaganda, ablehnt, wird die kommunale Säuglingspflegerin für die Kleinstadt und die Kreis-Fürsorgerin für das flache Land empfohlen. Neben diese bezahlten Beamtinnen soll dann die ehrenamtliche Helferin treten.

Der Inhalt der Baumschen Ausführungen ist damit noch nicht erschöpft, aber es ist nicht möglich, das Einzelne wiederzugeben. Erwähnung mag nur noch das Kapitel „Erziehung zur Mutter“ finden. Verfasserin erhofft wesentlichen Nutzen von 12 stündigen Kursen für Säuglings- und Kinderpflege bei Haushaltungsschulen, Fortbildungsschulen oder dergleichen und gibt einen genauen, vom Verein für Säuglings-Fürsorge in Düsseldorf aufgestellten Lehrplan für solche Kurse. Referent, der als Arzt zu oft gesehen hat, wie Frauen aus dem Volke alles, was sie als Kindermädchen oder Köchin in besserem Haus gelernt hatten, später bei Führung eines eigenen Haushaltes restlos über Bord werfen, ist geneigt, über den dauernden Erfolg derartiger Unterweisung 14- bis 16 jähriger Mädchen sehr viel skeptischer zu denken.

Uebrigens muß bei aller Anerkennung für die erfahrungs- und kenntnisreiche Verfasserin doch betont werden, daß das Schwergewicht des Buches bei dem von Engel verfaßten Abschnitt über Säuglingskunde liegt. Das lebhafte Interesse, das dem oft so beklagenswerten Geschick der Säuglinge erfreulicherweise jetzt entgegengebracht wird, hat in letzter Zeit eine größere Anzahl teils nur gut gemeinter, teils auch gut geratener Kompendien der Säuglingskunde gezeitigt. Unter den letzteren kann die Engelsche Arbeit einen eigenartigen und bedeutenden Platz beanspruchen. Dem Lehrkreis entsprechend, für den die Verfasser das Werk bestimmt haben, wird von dem Rüstzeug der strengen Wissenschaft, den Kurven und Zahlenreihen nur sparsamer Gebrauch gemacht; um so reichlicher wird die Abbildung herangezogen zur Erläuterung, häufig auch zur Abkürzung der schriftlichen Darstellung. Die vorzügliche Ausführung der Bilder gereicht weniger dem Verfasser, als der modernen Schwarz-Weiß-Technik und dem rührigen Verlag zum Ruhm. Aber die Auswahl der abzubildenden Säuglinge ist ausschließlich des Verfassers Verdienst, die Referent sehr hoch einschätzt. Freud und Leid, Gedeihen, Verkümmern und Verderben des Säuglings kann gar nicht treffender geschildert werden, als durch diese Bilderreihe. Die zahlreichen Mütter, denen ich die Bilder gezeigt habe, sind durch die Betrachtung der unbehilflichen, blöde in diese bunte Welt hineinglotzenden Säuglinge und durch den Anblick der rundlichen, fröhlich gedeihenden Kindchen sehr erfreut und belustigt, schließlich aber, als die Kehrseite mit den elenden, abgemagerten Jammergestalten kam, tief ergriffen und erschüttert worden. Es gibt gar kein besseres Mittel, für die Notwendigkeit der Säuglingsfürsorge Propaganda zu machen, wie die Verbreitung dieses Buches. Uebrigens enthält der Text eine überraschende Fülle feinsinniger Beobachtungen über die Entwicklung des Seelenlebens im Säuglingsalter, die auch für den Arzt neu und interessant sind.

Dr. Langerhans-Celle.

Dr. Franz Gebhardt, k. Bezirksarzt im k. Staatsministerium des Innern: **Hilfsbuch für den bayerischen Bezirksarzt.** München 1912. Verlag von J. F. Lehmann. Kl. 8°, 381 S. Preis: 10 M., geb. 11 M.

Gebhardt hat ein Buch für die Bezirksärzte und für Aerzte bestimmt, die eine Anstrebung im Staatsdienst anstreben. Für diese wird es sicherlich das am häufigsten benutzte Handbuch am Schreibtisch werden. Bei der engen Verbindung der ärztlichen Praxis mit der Staatsverwaltung wird es aber auch den praktischen Aerzten willkommen sein. Die Anordnung des Stoffes ist übersichtlich; die Ausstattung des Buches ist der Verlagsbuchhandlung Lehmann würdig.

Dr. Graßl-Kempten.

Dr. Marcus-Posen: **Die orthopädische Fürsorge für Kinder.** Sonderabdruck aus dem „Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie“ XI. Bd., H. 2 und 3. Wiesbaden 1912. J. F. Bergmanns Verlag. Gr. 8°, 76 S. Preis: geheftet 1,20 M.

Der Verfasser wünscht die Einführung einer einheitlichen, gesetzlich festgelegten, nicht als Armenunterstützung geltenden Fürsorge, die alle Kinder

in Stadt und Land umfassen und Verkrüppelungen verhüten und behandeln soll. Nur 4% aller Krüppelkinder hält er für heimbedürftig; die Heimbehandlung ist so teuer, daß es sich unter Umständen eher empfiehlt, die Eltern soweit zu unterstützen, daß ihre kranken Kinder zu Hause nicht zu arbeiten brauchen. In Posen werden nur 1500 Mark für die Krüppelfürsorge in den Etat gestellt, die wirklichen Kosten — Armenunterstützungen, Krankenhausbehandlung, Büroarbeit — sind freilich erheblich größer.

Allen, die sich für die Krüppelfürsorge, namentlich für die Gründung von Krüppelfürsorgestellen interessieren, wird das Buch wertvolle Hinweise bringen. Die Fragen der Organisation sind sehr eingehend behandelt, die Aufgaben denkbar weit gestellt. Dr. Hutt-Sagan.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Passow-Berlin: **Gelöste und ungelöste Aufgaben der Ohrenheilkunde.** Festrede, gehalten am Stiftungstage der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen, 2. Dezember 1911. Berlin 1912. Verlag von August Hirschwald.

Die Ideengänge des ausgezeichneten Vortrages sind im wesentlichen folgende: Die Ohrenheilkunde hat während ihren kurzen Entwicklungszeit von etwa 50 Jahren einen gewaltigen Aufschwung genommen; sie hat auf den Gebieten der Diagnostik und Therapie große Fortschritte gemacht, ebenso wurde die Erkenntnis auf den Gebieten der Physiologie des Gehörorgans und der pathologischen Anatomie durch zahlreiche Arbeiten von seiten der Physiologen und der Ohrenärzte gefördert. Die Fortschritte auf den ersteren beiden Gebieten sind zum Teil auf die Fortschritte auf den anderen erwähnten Gebieten zurückzuführen. So verdanken wir z. B. der Kenntnis von der Funktion des N. cochlearis und des N. vestibularis die Fortschritte auf den Gebieten der Diagnostik und der Chirurgie der Labyrinth-Erkrankungen.

Die pathologischen Veränderungen der sogenannten Otosklerose wurden erforscht, weiter wurde als Ursache der professionellen, traumatischen und toxischen Schwerhörigkeit Erkrankungen des N. acusticus festgestellt. Die Diagnostik und Chirurgie der intrakraniellen Komplikationen der Mittelohreiterung wurde in erstaunlicher Weise ausgebildet.

Der ursächliche Zusammenhang zwischen den früher gering eingeschätzten Erkrankungen der Nase resp. des Nasenrachenraumes einerseits und des Ohres anderseits wurde anerkannt und dementsprechend die Therapie auf diesen Gebieten durch die vereinte Tatigkeit der Laryngologen und Otologen gefördert. Die Kenntnis dieser Beziehungen ist jetzt zum Gemeingut der Praktiker geworden; auch die Schulärzte richten bei der Ausübung ihrer Tätigkeit ihre Aufmerksamkeit auf diese Dinge.

Befruchtend wirkte die Otologie auf das Taubstummenwesen und auf den Ableseunterricht.

Wer sich für das Thema interessiert, wird den fesselnden Vortrag mit Genuß lesen. Dr. Rudloff-Wiesbaden.

Prof. Dr. Salge-Freiburg: **Therapeutisches Taschenbuch für die Kinderpraxis.** Fischers therapeutische Taschenbücher, Band 1. Sechste verbesserte Auflage. Berlin 1912. Verlag von Fischers medizinische Buchhandlung (H. Kornfeld). 12°, 184 S. Preis: geb. 4 M.

Der neuen Auflage des Salgeschen Taschenbuches braucht man keine Empfehlung mehr auf den Weg geben; es empfiehlt sich, wie die nunmehr schon 6. Auflage beweist, ganz von selbst. Auch der neuen Auflage, die gegen die frühere noch einige Verbesserungen aufweist, wird der verdiente Erfolg zuteil werden. Rpd. jun.

Tagesnachrichten.

Der neue **Etat des Reichsamts des Innern für 1913,** insbesondere des **Reichsgesundheitsamtes,** bringt keine wesentlichen Veränderungen. Der

Etat des Gesundheitsamts schließt mit 897495 Mark ab, 27107 Mark mehr als im Vorjahre. Der Mehrbedarf ist hauptsächlich durch erhöhte persönliche und sächliche Ausgaben entstanden; namentlich hat der Betrag für Reisekosten eine Erhöhung erfahren müssen infolge der gesteigerten Inanspruchnahme des Reichs-Gesundheitsrats für Begutachtungen von Flußverunreinigungen und Fragen gewerbehygienischer Art. Im übrigen erscheint im Ordinarium des Etats für das Reichsamt des Innern wiederum eine Ausgabe von 12500 M. für die Zentralstelle für Volkswohlfahrt. Unter den einmaligen Ausgaben kehren die Beträge für Bekämpfung der Typhus (150000 M.), für Protozoenforschung (10000 M.), Zuschuß zu den Unterhaltungskosten einer Anstalt für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche (60000 M.), für Erforschung und Bekämpfung der Tuberkulose (100000 M.) in gleicher Höhe wieder.

Aus dem Reichstage. In der Sitzung vom 26. November d. J. gelangte eine Petition zur Verhandlung, in der eine **reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens** gefordert wurde. Der Berichterstatter, Abg. Thiele (Soziald.), betonte, daß die Kommission zwar nur die Ueberweisung der Petition als Material beantrage, sie sei aber einstimmig der Meinung, daß das Irrenwesen unbedingt auf dem Wege der Reichsgesetzgebung geregelt werden müsse und daß das Reich auch für diese Regelung kompetent sei. Die bisher bestehenden landesgesetzlichen Bestimmungen reichten nicht aus, um die unrechtmäßige Unterbringung einzelner Personen in die Irrenanstalten zu verhindern; man dürfe auch nicht außer Acht lassen, daß 70000 Geisteskranke in Privatirrenanstalten untergebracht seien. Der Abg. Gerlach (Z.) (langjähriger Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Münster) will nicht im Namen seiner Partei, sondern im Interesse des Psychiaterstandes, dem er selbst seit 40 Jahren angehört hat, sprechen. Schon vor hundert Jahren seien gegen die Psychiater gewaltige Beschuldigungen erhoben, die immer von neuem wiedergekehrt seien. Wiederholt sei eine schärfere Kontrolle der Irrenanstalten, eine Erschwerung der Entmündigung und Internierung von Geisteskranken in Irrenanstalten, sowie die Mitwirkung einer Kommission unabhängiger Männer verlangt, Forderungen, denen gegenüber der Verein Deutscher Irrenärzte im Jahre 1893 Stellung genommen habe. Insbesondere habe der Verein die Schaffung einer engeren Abteilung für das Irrenwesen in der Zentralbehörde als unerläßliche Vorbedingung für eine planmäßige, konsequente und zielbewußte Entwicklung des Irrenwesens verlangt, da nur auf diesem Wege eine genügende nach allen Seiten hin wirkende Staatsaufsicht geführt werden könne. Seitdem habe das Irrenwesen mancherlei Verbesserungen sowohl in bezug auf die Aufsicht, als in bezug auf die Entmündigung von Geisteskranken erfahren; desgleichen sei die Psychiatrie als obligatorisches Prüfungsfach für die Aerzte anerkannt. Redner schildert dann eingehend das jetzt für öffentliche und private Anstalten vorgeschriebene Aufnahmeverfahren und betont, daß danach die Möglichkeit einer gesetzwidrigen Internierung geistig gesunder Personen ausgeschlossen sei. Er weist ferner darauf hin, daß die Zahl der in Anstalten untergebrachten Geisteskranken gegen früher erheblich gestiegen sei, im ganzen Reich z. B. von 1 auf 843 im Jahre 1890 auf 1 : 453 im Jahre 1911, und daß demgemäß auch die Aufsicht eine intensivere geworden sei, besonders den Privatanstalten gegenüber; während sie den öffentlichen Anstalten gegenüber noch zu wünschen übrig lasse. Mit Recht fordert er hier, daß die in Preußen für Privatirrenanstalten vorgesehenen Besuchskommissionen auch die öffentlichen Anstalten in gleicher Weise regelmäßig besichtigen müßten. Nachdem er dann kurz die Regelung der Aufsicht über die Irrenanstalten in den einzelnen Bundesstaaten geschildert hat, geht er näher auf das Entmündigungsverfahren ein, das sich durchaus bewährt habe. Der Gedanke, Laien als mitwirkend heranzuziehen, sei für jeden Sachverständigen undenkbar, denn die Beurteilung eines Geisteszustandes sei außerordentlich schwierig und verlange oft eine langwierige sorgfältige Beobachtung; besonders schwierig zu beurteilen seien die Grenzfälle. Redner führt hierfür einige schlagende Beispiele aus seinen langjährigen praktischen Erfahrungen an und

weist energisch die Vorwürfe zurück, die im April v. J. bei Besprechung des Falles Albrecht im Reichstage von einem Redner gegen die Psychiater erhoben seien. Die Psychiatrie wolle keineswegs das Rechtsgebiet der Juristen irgendwie angreifen, sondern nur unzutreffenden und unrichtigen Urteilen gegenüber Geisteskranken vorbeugen. Die Unterbringung eines Geisteskranken in eine Anstalt sei auch vom Stande der Psychiatrie weder ein Akt der Rechtspolizei noch eine Art Zwangshaft, sondern lediglich im Interesse des Kranken zu seiner Heilung oder Besserung bestimmt. Geisteskrankheiten sind nichts als körperliche Erkrankungen; wenn das Gehirn völlig normal ist, dann äußert sich auch die Geistestätigkeit in normaler Weise. Endlich betont Redner die Notwendigkeit einer Regelung der Stellung der Aerzte an Privatirrenanstalten, besonders an solchen von religiösen Genossenschaften, damit ihre Stellung gesicherter und unabhängiger wird; desgleichen fordert er eine bessere Fürsorge für die Pflegepersonen der Irrenanstalten sowohl in finanzieller Hinsicht, als mit Rücksicht auf Alter und Invalidität. Nachdem er dann nochmals hervorgehoben hat, daß der Zweck eines Irrenschutzgesetzes im Interesse der Kranken nur darin liegen könne, die Aufnahme in eine Anstalt zu erleichtern, statt zu erschweren, gibt er der Erklärung und Ueberzeugung Ausdruck, „daß die Irrenärzte sich stets von dem gewissenhaftesten Bestreben leiten lassen werden, das Wohl der ihnen anvertrauten Kranken zu fördern, und daß sie sich in diesem Bestreben auch gesichert fühlen gegen alle ungerechtfertigten Beschuldigungen und unbegründeten Klagen, die gegen sie erhoben werden.“ — Von seiten des Abg. Dombek (Pole) wird hierauf der Fall Lubecki (Beuthen) als Beispiel für eine unberechtigte Internierung erwähnt und daraus der Schluß gezogen, daß es nicht richtig sei, nur dem Arzt allein die Entscheidung bei der Unterbringung in eine Anstalt zu überlassen. Er befürwortet deshalb eine reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens. Auch der Abg. Dr. Struve (freis. Volkspartei) verlangt eine solche, weist aber gleichzeitig die gegen die deutsche Psychiatrie und gegen das deutsche Irrenwesen gemachten Vorwürfe als völlig unberechtigt zurück; beide stehen so auf der Höhe, wie man es nur von einem Zweige der deutschen Medizin und deutschen Wissenschaft verlangen könne. Zum Schluß spricht sich der Abg. Bassermann (natlib.) auch für eine solche Regelung aus, denn wenn auch die mancherlei Beschwerden und Zuschriften wegen unberechtigter Internierung eines Geistesgesunden unberechtigt seien, so verlange das Volk doch feste Garantien dagegen, und diese seien am besten auf reichsgesetzlichem Wege zu erreichen. Der Antrag der Kommission wurde hierauf ohne Widerspruch angenommen.

In derselben Sitzung gelangte dann noch eine Petition betreffs **Erweiterung des Heilverfahrens in der Invalidenversicherung** zur Verhandlung dahingehend, daß dessen Einleitung nicht mehr in das Belieben der Versicherungsanstalten gestellt bleiben, sondern diesen zur Pflicht gemacht werden sollte, falls es zur Hebung einer vorhandenen oder drohenden Invalidität notwendig sei. Ein von sozialdemokratischer Seite gestellter Antrag, die Petition dem Reichstage zur Berücksichtigung zu überweisen, wurde abgelehnt, und die Petition dem Antrage der Kommission gemäß dem Reichskanzler nur als Material überwiesen.

In der Sitzung vom 30. November d. J. fand die erste Beratung des Gesetzentwurfes über **Kindersaugflaschen** statt. Wer vielleicht angenommen hat, daß der Entwurf gleich im Plenum ohne Kommissionsberatung erledigt werden würde, hat sich geirrt; im Prinzip erklärten sich zwar die Redner aller Parteien mit dem Ziele des Entwurfs einverstanden, mancherlei Bedenken und Rücksichten in bezug auf die Industrie führten aber dazu, ihn schließlich an eine Kommission von 14 Mitgliedern zu verweisen. Der sozialdemokratische Redner Rühle leistete sich bei dieser Gelegenheit alle möglichen haltlosen und unbegründeten Uebertreibungen hinsichtlich der Säuglingssterblichkeit in Deutschland, die geradezu eine deutsche „Kulturschande“ darstelle und deren Ursache teils in der verkehrten Zoll- und Wirtschaftspolitik, dem ungeheuren Steuerdruck, teils in der Abnahme der Stillfähigkeit der Frauen und den schlechten Wohnungsverhältnissen der Arbeiterbevölkerung zu suchen sei. Er fordert deshalb ein Reichswohnungsgesetz und wirksamere Maßregeln für Mutter- und Säuglingsschutz. Der Gesetzentwurf sei nur ein winziges Mäuslein gegenüber den sonst notwendigen Forderungen. Nach dem Gesetzentwurf werde die Säuglings-

sterblichkeit nicht wesentlich vermindert werden, dazu bedürfe es ganz anderer, wirksamerer Mittel, insbesondere eines umfassenden Ausbaues der sozialen Fürsorge. Der Direktor des Reichsamts des Innern, v. Jonquières, erwiderte hierauf, daß die Frage der Säuglingssterblichkeit nicht durch ein einzelnes Gesetz gelöst werden könne, sondern durch eine Summe von Maßnahmen auf dem Wege der Praxis und der christlichen Liebestätigkeit. Das hätten bereits viele Gemeinden und Vereine eingesehen; Dank ihrer Bestrebungen sei auch die Säuglingssterblichkeit bereits erheblich gesunken (von 20,4 auf 16,2 %). Bei dem jetzigen Gesetzentwurfe handele es sich nur um eine einzelne derartige Maßnahme, die zur Verringerung der Sterblichkeit beitragen werde. Auch in Frankreich sei ein gleiches Verbot erlassen. Die folgenden Redner, Abg. Sittart (Z.), Schulenburg (nat.-lib.), Dr. Müller-Meiningen (freis. Volksp.), Dr. Burckhardt (wirtsch. Vereinig.) sprachen sich im großen und ganzen zustimmend aus, äußerten aber einige Befürchtungen wegen etwaiger Schädigung der Industrie, namentlich betreffs des Verbots der Herstellung einzelner Flaschenteile. Auch sie betrachten das Gesetz nur als eine kleine Abschlagszahlung und hoffen, daß es den Anstoß zu weiteren Maßnahmen auf dem Gebiete der Sozialpolitik, Wohnungspolitik usw. geben wird. Jedenfalls müßten die Interessen der Allgemeinheit denen einzelner Industriezweige vorangehen.

Für das Deutsche Schutzgebiet Togo ist von dem dortigen Gouverneur unterm 18. Oktober 1912 eine **Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken** erlassen, die ebenso wie die im Vorjahre für das Deutsche Schutzgebiet in Ostafrika getroffene sich von den für das Deutsche Reich auf diesem Gebiete geltenden Bestimmungen dadurch unterscheidet, daß sie eine positive Fassung erhalten hat, d. h. in der beigefügten Anlage nur die Arzneimittel aufgeführt, die dem freien Verkehr überlassen sind.

Unsere Bemerkung in Nr. 21, S. 837 der Zeitschrift, wonach künftighin infolge des neuen Min.-Erl. vom 17. Oktober 1912 über die **Beaufsichtigung der Drogenhandlungen zu allen** Besichtigungen dieser Handlungen Apotheker als Sachverständige zugezogen werden sollen, hat durch den in der Beilage zur heutigen Nummer (s. S. 266) abgedruckten Ministerialerlaß vom 22. November d. J. eine Berichtigung dahin erfahren, daß diese Auffassung unzutreffend und die Zuziehung der Apotheker ebenso wie früher nur nach Bedarf erforderlich sei. Die diesseitige Auffassung ist übrigens nicht nur von fast allen pharmazeutischen und Drogisten-Fachblättern, sondern auch von verschiedenen politischen Blättern geteilt worden; daß sie sich als unzutreffend erwiesen hat, wird ebenso wie ihre schnelle Berichtigung von den beteiligten Kreisen, namentlich von den Ortspolizeibehörden, sicherlich freudig begrüßt werden.

Das **neue preußische Hebammenlehrbuch** ist jetzt erschienen und die ministerielle Anweisung zu seiner Einführung vom 19. November d. J. in der Beilage zur heutigen Nummer (s. S. 266) abgedruckt. Da in dieser das Erscheinen einer eingehenden Besprechung der Neuausgabe durch den zuständigen Fachreferenten, Geh.-Med.-Rat Dr. Krohne, in einer der nächsten Nummern der „Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung" in Aussicht gestellt ist und die Veröffentlichungen allen Medizinalbeamten unentgeltlich zugeschickt werden, erübrigt sich vorläufig eine solche Besprechung in dieser Zeitschrift. Wenn nötig, werden wir aber später vielleicht auf einige der wichtigsten Abänderungen zurückkommen.

Aus dem **Landtage des Königreich Sachsens.** Eine größere Anzahl von Petitionen, in denen um **Regelung des Apothekenwesens** gebeten wurde, ist vor kurzem in der Beschwerde- und Petitions-Deputation der Zweiten Kammer zur Verhandlung gekommen, die zu folgendem, einstimmig gefaßten Beschluß führte:

„Die Kammer wolle beschließen, a) die Königl. Staatsregierung zu ersuchen, die gesetzliche Regelung des Apothekenwesens sobald als möglich

herbeizuführen, b) die vorliegenden Petitionen ihr als Material hierzu zur Kenntnisnahme zu überweisen, c) die Erste Kammer zum Beitritt zu diesen Beschlüssen einzuladen."

Die Zweite Kammer ist in ihrer Sitzung vom 19. v. M. diesem Beschlusse beigetreten, nachdem von nationalliberaler und sozialdemokratischer Seite die Kommunalisierung der Apotheken empfohlen war, während sich die konservativen und fortschrittlichen Redner dagegen ausgesprochen hatten. Der Vertreter der Staatsregierung, Ministerialdirektor Dr. Rumpelt, erklärte, daß die Regierung der gesetzlichen Regelung des Apothekenwesens näherzutreten beabsichtige, obwohl sie nicht verkenne, daß die ganze Frage außerordentlich schwierig sei. Eine Verstaatlichung oder Kommunalisierung der Apotheken würde sie dabei allerdings schwerlich ins Auge fassen, dagegen könne den Gemeinden vielleicht das Recht eingeräumt werden, sich ihrerseits um eine Apothekenkonzession zu bewerben. Das würde nach Ansicht der Redaktion immerhin ein brauchbarer und erfolgversprechender Anfang für die allmähliche Durchführung der „Gemeindeapotheken" sein.

In der am 25. November d. J. in Dresden abgehaltenen ersten erweiterten Sitzung der I. und III. Abteilung des **Königl. Sächsischen Landes-Gesundheitsamtes,** deren Tagesordnung in Nr. 21, S. 836/837 dieser Zeitschrift mitgeteilt ist, gelangte beim I. und II. Punkt der Tagesordnung, die den Erlaß einer neuen ärztlichen Gebührenordnung betrafen, eine von Hofrat Dr. Haenel-Dresden im Namen der sächsischen Aerzteschaft abgegebene Erklärung zur Annahme, in der der Minister des Innern ersucht wird, die schon längst geplante neue ärztliche Gebührenordnung möglichst bald zu erlassen, bei erneuter Verhandlung darüber aber die außerordentlichen Mitglieder des Landes-Gesundheitsamtes zuzuziehen. Ministerialdirektor Dr. Rumpelt erkannte die Notwendigkeit einer zeitgemäßen Gebührenordnung an, deren Erlaß jetzt durch die Erklärung der Aerzte insofern erleichtert werde, als darin ein Nachlaß unter die Mindestsätze der Taxe den Krankenkassen gegenüber unter Umständen als zulässig angesehen sei. Zu Punkt III der Tagesordnung: Ausschluß offentuberkulöser Kinder vom Schulbesuch gelangten die von dem Berichterstatter, Ob.-Med.-Rat Dr. Oppelt, gestellten und durch Zusatzanträge aus der Mitte der Versammlung etwas abgeänderten Leitsätze zur Annahme, in denen eine Ausdehnung der Meldepflicht bei der Tuberkulose nur bei offener Tuberkulose[1]) der Kinder verlangt wird; diese sind, ebenso wie Lehrer mit offener Tuberkulose vom Schulbesuche fernzuhalten. Außerdem wurde die sachgemäße Errichtung und Ausgestaltung des schulärztlichen Dienstes als außerordentlich wichtiges Mittel zur Bekämpfung der Tuberkulose im schulpflichtigen Alter betont. Bei den übrigen Gegenständen der Tagesordnung kam es, soweit sie nicht zurückgezogen worden (Punkt IV) zu einer Ablehnung der gestellten Anträge (Punkt V und VI). Nur bei Punkt VIa, Bekämpfung der Mückenplage, stimmte die Versammlung den Leitsätzen des Referenten, Dr. Goetz-Leipzig, zu, die den Erlaß energischerer Maßregeln zur Vernichtung der Fliegenbrut, sowie zur Tötung und Unschädlichmachung der entwickelten Fliegen, sowie eine eingehende Belehrung der Bevölkerung über die Schädlichkeit der Fliegen forderten.

Nachdem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Partsch in Breslau die Wahl zum **ersten Vorsitzenden des Geschäftsausschusses des Deutschen Aerztevereinsbundes** (s. Nr. 22 dieser Zeitschrift, S. 873) abgelehnt hat, ist an seiner Stelle San.-Rat Dr. Dippe in Leipzig gewählt, der die Wahl auch angenommen hat.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 27. Okt. bis 9. Nov. 1912 erkrankt (gestorben) an: Rückfallfieber, Pest, Cholera, Gelbfieber, Aussatz, Fleckfieber, Toll-

[1]) Unter offener Tuberkulose werden alle Fälle verstanden, in denen Tuberkelbazillen nachweisbar sind.

wut und Pocken: — (—), — (—); Milzbrand: 2 (—), 3 (—); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: 5 (—), 1 (—), Unterleibstyphus: 187 (23), 173 (17); Ruhr: 1 (—), 14 (1); Diphtherie: 1579 (116) 1546 (120); Scharlach: 1423 (68), 1413 (81); Kindbettfieber: 89 (24), 96 (31); übertragbarer Genickstarre: 5 (4), 3 (2); Trichinese: 21 (—). 8 (—); spinaler Kinderlähmung: 13 (2), 1 (1); Körnerkankheit (erkr.): 306, 249; Tuberkulose (gest.): 633, 631.

Pest. In Aegypten sind in den beiden Wochen vom 26. Oktober bis 8. November 1 (—) bezw. 6 (1) Erkrankungen (Todesfälle) an Pest vorgekommen; in Britisch-Indien während der Zeit vom 29. September bis 19. Oktober 1727 (1272), 2205 (1561) und 2316 (1839). Im Oktober ist die Pest auch in Niederländisch-Indien stärker aufgetreten; vom 8.—22. Oktober sind 151 Erkrankungen mit 145 Todesfällen gemeldet.

Ueber die Ausbreitung der **Cholera** in der europäischen Türkei und in den übrigen Balkanländern, namentlich unter den im Felde stehenden Truppen, fehlen noch immer zuverlässige Angaben; nach den Nachrichten in den politischen Blättern scheint die Seuche aber bereits ihren Höhepunkt überschritten zu haben und in der Abnahme begriffen zu sein. In Mesopotanien sind in der Zeit vom 16.—29. Oktober nur noch 72 Erkrankungen und 116 Todesfälle gemeldet. In Japan scheint die Ausbreitung der Krankheit ebenfalls wieder abzunehmen; in der Zeit vom 19.—29. Oktober sind insgesamt 430 Erkrankungen und 413 Todesfälle vorgekommen.

Sprechsaal.

Anfrage des Kreisarztes Dr. B. in H.: 1. Neuerdings wird mir die Zahlung für Akteneinsicht (Gesetz vom 14. Juli 1909, Tarif A. 4) verweigert, wenn ich mir von der Staatsanwaltschaft die Akten vor dem Termin hatte aushändigen lassen, mit der Begründung, dazu gehöre ein „Gerichtsbeschluß". Liege der nicht vor oder habe z. B. der Richter aus eigener Machtvollkommenheit mir die Akten ausgehändigt, so könne die Müheverwaltung nicht honoriert werden.

2. In einem Falle wurde „Akteneinsicht außerhalb des Termins liquidiert; der Termin kam aber nicht zustande, weil das Verfahren eingestellt wurde. Der Betrag wurde darauf nicht zur Zahlung angewiesen mit der Begründung, daß nach dem Wortlaute der Bestimmung unter A. 4 die Abhaltung des Termines conditio sine qua non sei.

3. Die „Akteneinsicht" hat oft ein sehr eingehendes und zeitraubendes „Literaturstudium" zur Folge. Letzteres kann natürlich, wenn ein Gutachten (A. 13) verlangt wird, auf die Höhe der Gebühr angerechnet werden: wenn ein Befundschein (A. 11) oder ein Befundattest (A. 12) verlangt werden, darf in letzterem Falle das „Literaturstudium" bei der Höhe der Gebühr für das „Aktenstudium" (A. 4) in Anrechnung gebracht werden?

Antwort: Zu. 1. Die angeblich unzulässige Aushändigung der Akten an den Sachverständigen kommt für die Beurteilung der Frage, ob dieser für die Akteneinsicht eine Gebühr beanspruchen kann, gar nicht in Betracht; eine solche hängt lediglich von der angeordneten und erfolgten Einsicht ab. Es empfiehlt sich, bei Verweigerung der Gebühr in solchen Fällen Beschwerde einzulegen.

Zu 2. Ob ein Termin bei einer vorher gerichtsseitig angeordneten Akteneinsicht stattfindet oder nicht, ist für den Anspruch auf eine Gebühr für Akteneinsicht ganz gleichgültig; eine solche ist fällig, falls sie vor Abstellung des Termins bereits stattgefunden hat. Gegen diese Auslegung spricht auch keineswegs der Wortlaut des Gesetzes; denn dieses verlangt nicht eine Abhaltung des Termins als conditio sine qua non, sondern nur, daß die Akteneinsicht nicht im Termin, sondern außerhalb desselben stattgefunden hat. Auch hier empfiehlt sich die Beschreitung des Beschwerdeweges.

Zu 3. Es ist zunächst strittig, ob eine besondere Vergütung für Akteneinsicht bei Befundschein und Befundattest nach A Ziff. 4 des

Tarifs überhaupt beansprucht werden kann; ein Teil der Gerichtshöfe hat die Frage bejaht, ein anderer verneint. Auf diesseitige Anregung ist in einem derartigen Fall die Frage vor das Forum eines höheren Gerichtshofes gebracht; die Entscheidung steht aber noch aus. Inzwischen empfiehlt es sich, in allen solchen Fällen sich auf dem Standpunkt zu stellen, daß ein Befundschein oder Befundattest, zu dem Akteneinsicht verlangt wird, ein „Mehreres" darstellt; demzufolge ist beim Befundschein mindestens die Gebühr für ein Befundattest und bei Befundattest diejenige für ein Gutachten zu beanspruchen. Dasselbe gilt, wenn ein eingehendes, zeitraubendes Literaturstudium bei Abgabe eines Befundscheines oder Befundattestes erforderlich ist; denn die Gebühr in Ziffer A 4 findet dafür keinesfalls Anwendung, da Literaturstudium nicht als „Akteneinsicht" angesehen werden kann. Noch zweckmäßiger dürfte es in beiden Fällen sein, dem Gericht gegenüber zu erklären, daß der erteilte Auftrag eine zuvorige Akteneinsicht oder zeitraubendes Literaturstudium bedinge; es könne deshalb nicht in Form eines Befundscheines oder Befundattestes erledigt werden, sondern fordere die Abgabe eines Gutachtens. Das Gericht dürfte sich dann wohl ausnahmslos mit der Abgabe eines solchen einverstanden erklären.

Anfrage des Kreisarztes Dr. Z. in L.: Welche Gebühren sind einem Kreisarzt, der als früherer Sanitätsoffizier Offizierpension bezieht, auf diese anzurechnen?

Antwort: Nach dem Erlaß des Kriegsministers vom 8. März 1910, Nr. 378/2 C. 1 gehören die den nicht vollbesoldeten Kreisärzten nach den §§ 2 und 3 des Gebührengesetzes zufließenden Gebühren zu dessen Diensteinkommen und sind bei der Pensionsregelung als Zivildiensteinkommen im Sinne des § 24, 3 Abs. 3 des Offizier-Pensionsgesetzes anzurechnen, demnach nur die nach den § 2 und 3 erhobenen, sogenannten amtsärztlichen Gebühren, die von den vollbesoldeten Kreisärzten an die Staatskasse abzuführen sind. Dagegen fallen die Gebühren für vertrauensärztliche Tätigkeit gemäß § 115 der Dienstanweisung, z. B. für Reklamationszeugnisse, Zeugnisse für Präparanden, Kraftwagenführer usw. nicht darunter.

Anfrage des Kreisarztes Dr. B. in B.: Rangiert ein neuernannter Sanitätsrat in jedem Falle über den Kreisarzt, wenn dieser noch nicht den Charakter als Medizinalrat erhalten hat? Ist der Sanitätsrat überhaupt in einer Rangstufe und in welcher Form einklassifiziert? Erhalten die praktischen Aerzte den Charakter oder den Titel als Sanitätsrat?

Antwort: Der „Sanitätsrat" rangiert nach der Verordnung vom 7. Febr. 1817 als Titularrat zwischen der V. und IV. Rangklasse, also in jedem Falle vor dem Kreisarzt, der noch nicht den Charakter als Medizinalrat mit dem Rang der Räte IV. Klasse erhalten hat.

Nicht der Titel, sondern der Charakter als „Sanitätsrat" wird verliehen.

Anfrage des Kreisarztes Dr. L. in F.: Welcher Mindestluftraum pro Bett muß in Fürsorge- und Waisenhäusern gefordert werden bei sonst leidlichen Ventilationsverhältnissen der Schlafräume, die tagsüber unbenutzt bleiben? In den 4 Anstalten meines Kreises kommen zwei nur auf 7,5—9,00 Kubikmeter Luftraum pro Bett der 6—14 Jahre alten Kinder. Bestehen gesetzliche Bestimmungen hierüber?

Antwort: 10 cbm (siehe Ziff. 3 der Grundsätze für die Besichtigung der Erziehungsanstalten; Min.-Erlaß vom 12. Mai 1910; Beilage Rechtsprechung zu Nr. 17 dieser Zeitschrift; Jahrgang 1910, S. 144).

Anfrage des Kreisarztes Dr. D. in D.: 1. Dürfen Dentaldepots Arsenik (Arsenikpaste und Kokain an Zahntechniker abgeben?

2. Dürfen Zahntechniker diese Mittel bei ihrer Kundschaft verwenden?

Antwort: Zu 1. Das Feilhalten und die Abgabe von Kokain ist nach der Kaiserlichen Verordnung vom 21. Oktober 1901 den Apotheken vorbehalten, dasselbe gilt von Arsenikpaste, falls sie in Form von Aetzstiften (Verzeichnis A Ziff. 2) feilgehalten wird. Ist dies nicht der Fall, so bedarf das Dentaldepot zum Feilhalten von Arsenikpaste die Genehmigung zum Gifthandel, auch wenn diese Mittel ebenso wie Kokain nur im Großhandel, d. h. nur an Wiederverkäufer abgegeben werden sollen. Dentisten sind aber keine Wiederverkäufer; außerdem sind sie ihrer ganzen Vorbildung nach nicht als ausreichend „zuverlässig" im Sinne der geltenden Vorschriften über den Verkehr mit Giften (§ 12) anzusehen. Demzufolge darf eine Abgabe der beiden Mittel an sie nicht erfolgen; eine solche ist z. B. auch in Preußen durch Ministerialerlasse vom 27. Oktober 1906, 3. Januar 1911 und 15. Juni 1912 (s. diese Zeitschrit, Beilage Rechtsprechung usw. zu Nr. 23, Jahrg. 1906, S. 229, zu Nr. 2, Jahrg. 1911, S. 16 und zu Nr. 13, Jahrg. 1912, S. 172) untersagt.

Zu 2. Nach Lage der Gesetzgebung und Rechtsprechung kann den Zahntechnikern eine Verwendung der betreffenden Mittel bei der Behandlung ihrer Kranken nicht untersagt werden, da eine solche Verwendung nicht als Abgabe von Arzneien anzusehen sei (Urteil des Reichsgerichts vom 16. Juni 1900 und des preuß. Kammergerichts vom 19. Juni 1899). Verboten ist jedoch die Abgabe der Mittel an ihre Patienten auf Grund der Kaiserl. Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln. Es muß deshalb gemäß der Ausführungen zu 1 durch Ueberwachung der Dentaldepots dafür gesorgt werden, daß den Zahntechnikern der Bezug jener Arzneimitteln tunlichst erschwert oder unmöglich gemacht wird.

Anfrage des Kreisarztes Dr. H. in R.: Ist nach dem jetzigen Stande der Rechtsprechung ein Erfolg zu erwarten von der Beanstandung der nachbenannten Waren in Drogenhandlungen: 1. Formaminttabletten, 2. Formacidtabletten, 3. Hämatogen, 4. Eisensomatose, 5. Eisentropon, 6. Harzer Gebirgstee, 7. Leipziger Brustpulverbisquits mit 10% Brustpulver, 8. Verdünnter Perubalsam?

Antwort: Formaminttabletten und Formacidtabletten sind als Desinfektionsmittel dem freien Verkehr überlassen. Hämatogen, Eisentropon und Eisensomatose sind nur als Vorbeugungs- oder Kräftigungsmittel freigegeben, während ihr Verkauf als Heilmittel den Apotheken vorbehalten ist (Urteil des O. L. G. in Köln vom 3. Juni 1907 und 3. September 1908, Landgericht in Hirschberg vom 23. Januar 1909, Urteil des O. L. G. Breslau vom 5. Januar 1909, Frankfurt a. M. vom 27. April 1904, Kammergericht vom 30. August 1908). Dasselbe gilt von Harzer Gebirgstee; jedoch haben sich bei diesem die meisten Gerichtshöfe auf den Standpunkt gestellt, daß er in der Regel Heilzwecken dient und demzufolge zu den nicht freigegebenen trockenen Gemengen (Ziffer 4 des Verzeichnisses B der Kaiserlichen Verordnung) gehört (Urteil des Kammergerichts vom 8. März 1907). Bei diesem Mittel würde somit eine Beanstandung angezeigt sein. Brustpulverbisquits sind dagegen freigegeben, da sie eine dem freien Verkehr überlassene Zubereitungsform darstellen. Verdünnter Perubalsam wird als Lösung nur dann zu beanstanden sein, wenn er als Heilmittel (z. B. zur Behandlung von Krätze) abgegeben wird; zu kosmetischen Zwecken ist er freigegeben.

Die Mitglieder werden gebeten, etwa **bevorstehende Wohnungsveränderungen umgehend der Expedition der Zeitschrift — Hofbuchdruckerei J. C. C. Bruns, Minden i. W.)** — mitzuteilen, damit in der Zustellung der Zeitschrift keine Unterbrechung eintritt.

Der Vorstand
des Preussischen u. Deutschen Medizinalbeamtenvereins.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch. L. Hofbuchdruckerei in Minden.

25. Jahrgang; Nr. 24. Ausgegeben am 20. Dezember 1912.

ZEITSCHRIFT

FÜR

MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen, für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund,

Regierungs- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Zwei Beilagen:

Berichte über Versammlungen, Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung.

Abonnementspreis pro Jahr: 15 Mark.

Verlag von FISCHER'S MEDICIN. BUCHHANDLUNG., H. KORNFELD.

Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

Berlin W. 35, Lützowstr. 10.

Expedition für die Mitglieder des Medizinalbeamtenvereins durch

J. C. C. BRUNS, Hof-Buchdruckerei, MINDEN i. Westf.

Beilage: Rechtsprechung und Medizinalgesetzgebung Nr. 24.

und Beilage: Berichte aus Versammlungen: VIII.

INHALT.

Personalien.

Deutsches Reich und Königreich Preussen.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Charakter als Sanitätsrat: dem früheren Kantonalarzt Dr. Kreitz in Rheinau, jetzt in Freiburg i. Breisgau; — der Rote Adlerorden III. Klasse mit der Schleife: dem Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Garré in Bonn; — die Krone zum Roten Adlerorden IV. Kl.: dem Marinestabsarzt Dr. Bilfinger in Kiel; — der Rote Adlerorden IV. Klasse: dem Kreisphysikus San.-Rat Dr. Hartwig zu Korbach in Waldeck; — der Kronenorden III. Klasse: den Geh. Med.-Räten Prof. Dr. Löffler in Greifswald, Prof. Dr. Ungar und Prof. Dr. Ribbert in Bonn.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung: des Großkreuzes des Königl. Sächsischen Albrechtsordens: dem Generalstabsarzt der Armee, Prof. Dr. v. Schjerning in Berlin; des Komturkreuzes II. Klasse desselben Ordens: dem Generalarzt Dr. Paalzow in Berlin,

Abteilungschef im Kriegsministerium; des Ritterkreuzes I. Klasse mit der Krone desselben Ordens: den Geh. Med.-Räten Prof. Dr. Fränken und Dr. Schmidt in Halle a. S.; des Ritterkreuzes desselben Ordens: dem Prof. Dr. Abderhalden in Halle a. S., a. o. Prof. Dr.

Dieck in Berlin und dem Privatdozent Prof. Dr. Selter in Bonn; desselben Ordens und des Herzogl. Sachsen-Ernestineschen Hausordens: dem preußischen Staatsangehörigen Prof. Dr. Kionka in Jena; des Ehrenkreuzes II. Klasse des Fürstl. Schaumburg-Lippischen Hausordens: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Passow in Berlin.

Ernannt: Der Stadtassistenzarzt Dr. Kschischo in Altona zum Kreisassistenzarzt in Danzig, Dr. Loerch in Aachen zum Kreisassistenzarzt und Assistent beim Medizinaluntersuchungsamt in Potsdam, der Kustos am pathologischen Universitätsinstitut Privatdozent Prof. Dr. Kaiserling in Berlin zum außerordentlichen Professor an der dortigen medizinischen Fakultät.

Versetzt: Kreisassistennzarzt Dr. Mangold in Danzig nach Berlin als Hilfsarbeiter in die Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Genzmer in Halle a. S., Geh. San.-Rat Dr. Laengler in Berlin, Geh. San.-Rat Dr. Schmiegelow, Kreisphysikus a. D. in Sonderburg, San.-Rat Dr. Heidenhain in Steglitz bei Berlin, Dr. Moslener in Kiel, Geh. San.-Rat Dr. Lotholz in Erfurt, Dr. Knops in Aachen, Dr. Kuhls in Niederkrüchten (Reg.-Bez. Aachen), Dr. Kroeger in Halle a. S., San.-Rat Dr. Cohnheim in Liegnitz, San.-Rat Dr. Holm aus Eckernförde in Kiel.



Königreich Bayern.

Auszeichnungen: Verliehen: Der Titel und Rang eines Obermedizinalrats: dem Reg.- u. Med.-Rat Prof. Dr. Messerer in München; — der IV. Klasse des Verdienterdens vom heiligen Michael: dem Oberarzt an der Heil- und Pflegeanttalt Eglfing Dr. Brandt.

Die Genehmigung erteilt zur Anlegung des Ritterkreuzes der Königl. Italienischen Krone von Italien: dem Oberarzt Dr. Baer in Davos-Platz; des Ritterkreuzes des Großhezoglich Mecklenaurgischen Greifenordens: dem praktischen Art Dr. Schilling in Nürnberg.

Ernannt: Zum Mitglied des Bayerischen Maximilian-Ordens: der Wirkl. Geh. Rat Prof. Dr. Paul Ehrlich, Direktor des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M.; der bisherige Landgerichts- und Bezirksarzt Dr. Dreyfus in Frankenthal zum Bezirksarzt daselbst und der prakt. Arzt Dr. Frantz in Grünstadt zum Landgerichtsarzt in Frankenthal.

In den endgültigen Ruhestand getreten: Landgerichtsarzt Dr. Schalkhaussen in Augsburg unter Verleihung des Titels und Ranges eines Medizinalrates.

Gestorben: Dr. Josef Hagerer in Landshut, Dr. Wertheimer und Dr. Hartle in München.

Königreich Sachsen.

Ernannt: Der außerordentliche Professor Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Sudhoff in Leipzig zum ordentlichen Honorarprofessor in der dortigen medizinischen Fakultät, Oberarzt Dr. Ackermann in Sonnenstein zum Direktor und Anstaltsbezirksarzt an der Landesanstalt Großschweidnitz unter Verleihung des Titels „Medizinalrat".

Gestorben: Dr. Elster in Mutzschen, San.-Rat Dr. Th. Petzold in Dresden.

Königreich Württemberg.

Auszeichnungen: Verliehen: Das Dienstehrenzeichen I. Kl.: dem Oberstabs- und Reg.-Arzt Dr. Wendel in Stuttgart; — das Ehrenkreuz mit Schwertern des Ordens der Württembergischen Krone: dem Generalarzt a. D. Dr. Klein in Ludwigsburg; — die Karl-Olga-Medaille in Silber: dem prakt. Arzt Dr. Paul Buttersack in Heilbronn.

Grossherzogtum Baden.

Gestorben: Dr. Jacoby in Mannheim.

Grossherzogtum Hessen.

Gestorben: Geh. Ober-Med-Rat Dr. Buxmann in Darmstadt.

Aus anderen deutschen Bundesstaaten.

Gestorben: San.-Rat Dr. Sengel in Forbach (Lothringen).

Der heutigen Nummer liegt ein Prospekt der Firma **Heinrich Scheven, Düsseldorf 23** über „Emscher Brunnen" und eine Bestellkarte von **Fischers medic. Buchhandlung (H. Kornfeld)** in **Berlin** zum „Kalender für Medizinalbeamte" bei, worauf wir besonders hinweisen.

---

25. Jahrg. 1912.

Zeitschrift für MEDIZINALBEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. OTTO RAPMUND,

Regierungs- und Medizinalrat in Minden i. W.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins.

Verlag von Fischer's med. Buchhandlg., H. Kornfeld,

Herzogl. Bayer. Hof- u. K. u. K. Kammer-Buchhändler.

Berlin W. 35, Lützowstrasse 10.

Inserate nehmen die Verlagshandlung sowie alle Annoncenexpeditionen des In- und Auslandes entgegen.

Nr. 24.	Erscheint am 5. und 20. jeden Monats.	20. Dez.

Ein Beitrag zur Spermatozoenfärbung.

(Aus der Anatomie des Hafenkrankenhauses in Hamburg. Leitender Arzt: Physikus Dr. Reuter. Prosektor: Dr. Bohne.)

Von Dr. **Bohne,** Prosektor.

Die im 1. Heft des 43. Bandes der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin von Bacchi beschriebene Methode zur direkten Färbung der Spermatozoen auf Zeugflecken bedeutet ohne Zweifel eine wertvolle Bereicherung der gerichtlich-medizinischen Färbetechnik. Die von ihm gegebene Vorschrift ist folgende:

1. Wenn die Flecke nicht frisch sind, kommen sie auf 1/2—24 Stunden — je nach dem Alter der Flecke — in eine 20—30% Ammoniaklösung. Vor dem Färben kurzes Abspülen in destilliertem Wasser.
2. Färbung eines ca. 1 qcm großen Stückes des befleckten Stoffes 1/2 bis 1 Minute lang in einer der folgenden Lösungen:
   a) 1% saures Fuchsin oder Methylblau . 1 Teil,
   salzsaures Wasser (1 : 100) . . . . . 40 Teile,
   b) 1% saures Fuchsin,
   1% Methylblau . . . . āā 1 Teil,
   salzsaures Wasser (1 : 100) . . . . . 40 Teile.
3. Abwaschen in salzsaurem Wasser (1 : 100).
4. Abtrocknen an der Luft oder Entwässerung in absolutem Alkohol.
5. Aufhellen in Xylol auf dem Objektträger, Einbetten in Kanadabalsam.

Untersucht wird die stärker gefärbte oder, wenn diese nicht zu erkennen ist, beide Seiten.

Vor mir hatten die Herren Dr. Marperger und Meinicke

sich mit der Nachprüfung der genannten Arbeit befaßt. Beide Herren konnten aber aus äußeren Gründen ihre Untersuchungen nicht zu Ende führen; ich darf aber erwähnen, daß sie von Anfang an gute Resultate mit der Färbemethode erzielten. Ich habe dann die Untersuchungen weiter fortgeführt und kann nur sagen, daß die Methode das hält, was Bacchi von ihr verspricht. Selbst auf mehrere Jahre alten Flecken konnten die Spermatozoen einwandsfrei nachgewiesen werden. Nur einige kleine Einschränkungen muß ich machen und befinde mich hierbei in Uebereinstimmung mit Herrn Dr. Meinicke:

Zunächst ist die Schichtseite nicht immer leicht zu erkennen. Dieser Uebelstand läßt sich aber leicht in der Weise beseitigen, daß man das Präparat vor dem Einbetten zunächst in Xylol untersucht. Bei schwacher Vergrößerung läßt sich dann unschwer die Schichtseite erkennen.

Sehr viel schwerer wiegt ein anderer Uebelstand: Bei gefärbten Stoffen versagt leider die Methode sehr oft, sobald nämlich der Farbstoff durch die Mazeration in der Ammoniaklösung nicht ausgezogen wird. Dieses ist aber viel häufiger der Fall, als man es nach den Angaben Bacchis erwarten sollte. Meine weiteren Versuche waren deshalb darauf gerichtet, ein Mittel zu finden, das den Stoff entfärbte, ohne zugleich die Spermatozoen zu zerstören. Einen Erfolg haben diese Untersuchungen bis jetzt leider nicht gehabt, wenigstens nicht was die Entfärbung betrifft. Wohl aber habe ich einen Weg gefunden, der mich in allen den Fällen zum Ziele geführt hat, wo die Methode der direkten Färbung auf den Stoffen versagt hat.

Unter den Mitteln, deren ich mich zum Bleichen bediente, befand sich nach einem Vorschlage des Herrn Physikus Dr. Reuter auch das Wasserstoffsuperoxyd. Dieses Mittel hatte auf den Farbstoff in konzentrierter Lösung, wenigstens innerhalb 72 Stunden, keinerlei Einfluß. Ich konnte aber bei diesen Untersuchungen eine andere Beobachtung machen, die mir der Beachtung wert zu sein scheint:

Legt man ein dunkel gefärbtes Stückchen Stoff mit der Schichtseite, die bei dunklen Stoffen ausnahmslos sehr leicht zu erkennen ist und unter der Einwirkung des Wasserstoffsuperoxyd noch deutlicher hervortritt, nach oben in ein Schälchen mit Wasserstoffsuperoxyd, so tritt meist bald lebhafte Gasentwicklung ein. Untersucht man nun nach 15—20 Minuten die über dem Zeugstückchen stehende Flüssigkeit, indem man es mit der Schichtseite auf einen Objektträger tupft, so kann man in dieser Flüssigkeit fast ausnahmslos Spermatozoen finden, und zwar trifft man sie im frischen Präparate fast immer in den Gasbläschen liegend an. Die Köpfchen sind zuweilen etwas gequollen, sonst aber gut erhalten, ebenso wie der Schwanz. Eine Verwechslung mit anderen Gebilden ist ganz ausgeschlossen.

Bei meinen weiteren Untersuchungen habe ich mich in erster Linie des gefärbten Präparates bedient, das ich in folgender

Weise hergestellt habe: Wie bei dem frischen Präparate tupfte ich zunächst das Zeugstückchen auf einen Objektträger und schabte noch mit einem kleinen Messer leicht die Schichtseite mit den anhaftenden Bläschen ab. Zu beachten ist, daß man den Tropfen auf dem Objektträger möglichst dick macht, um die spätere Untersuchung zu erleichtern. Den Tropfen läßt man dann am besten im Brutschrank antrocknen, fixiert über der Flamme und färbt 1 Minute in der von Bacchi unter b) angegebenen Farbflüssigkeit. Darauf folgt kurzes Abwaschen in salzsaurem Wasser (1 : 100), Trocknen und Einbetten in Kanadabalsam. Die Köpfe sind in der Regel rot gefärbt; nur bei zu langem Aufenthalt in dem Wasserstoffsuperoxyd erscheinen sie, ebenso wie der Schwanz, blau. Es empfiehlt sich daher, die Flecke nicht länger als 15—20 Minuten im Wasserstoffsuperoxyd zu lassen.

Auf diese Weise habe ich eine Anzahl teils frischer, teils mehrere Monate alter Flecke untersucht und ausnahmslos Spermatozoen meist in großer Zahl einwandsfrei nachweisen können. Die untersuchten Stoffe waren außerordentlich verschieden sowohl an Farbe, Dichtigkeit und Rauhigkeit. In einer anderen Versuchsreihe habe ich Sperma bis zum 10fachen verdünnt auf dickem Stoff antrocknen lassen und auch hier immer die Spermatozoen nachweisen können. In einem weiteren Versuche ließ ich Sperma auf Holz antrocknen und behandelte das angetrocknete Sperma dann 20 Minuten lang mit Wasserstoffsuperoxyd, indem ich die Lösung durch leichtes Schaben in der Flüssigkeit unterstützte. Diese brachte ich dann auf einen Objektträger und verfuhr in derselben Weise, wie ich oben angegeben habe. Auch dieses Mal waren die Spermatozoen leicht zu finden. Weiße Stoffe eignen sich für mein Verfahren nicht, da bei ihnen die Schichtseite meist nicht deutlich zu erkennen ist. Aus dem eben Gesagten erhellt ohne weiteres, daß meine Methode nur als eine Ergänzung der Bacchischen für die Fälle gedacht ist, in denen diese versagt.

Tod durch den Einlauf einer Chlorzinklösung in die weiblichen Geschlechtsorgane.

Von Kreisarzt Med.-Rat Dr. **Roller** in Trier.

Eine Frau von 31 Jahren, welche an einem starken Scheidenvorfall mit Senkung der Gebärmutter litt und sich im 4. Monate der Schwangerschaft befand, ließ sich von einem Nicht-Arzt, der im Rufe steht, solche Leiden ohne Operation zu heilen, beraten. Er verordnete ihr außer einigen inneren Mitteln, einem Eisenpräparat und Aspirin, eine Einspritzung mit einer Chlorzinklösung, welche nach Angabe des Chemischen Institutes 52,93 % Chlorzink enthielt. Von dieser Lösung sollte die Frau 1 Eßlöffel zu 1 Liter Wasser mischen und sich damit täglich eine Einspritzung in die Scheide machen.

Die Frau machte mit Unterstützung ihres Mannes eine Einspritzung und zwar durch den Muttermund in die Gebärmutter, wie sie selbst angab. Die Hälfte der eingespritzten Flüssigkeit sei nicht zurückgeflossen. Es ist sehr wahrscheinlich, daß die Mischung keine gleichmäßige war, daß vielmehr das Chlorzink sich im Irrigator zu Boden senkte und in konzentrierter Form in die Gebärmutterhöhle gelangte. Unmittelbar nach der Einspritzung klagte die Frau über heftige Schmerzen im Unterleibe, besonders in der rechten Seite, die sich aber bald über den ganzen Unterleib ausbreiteten. Jetzt wurde ein Arzt und auf dessen Wunsch ein zweiter hinzugezogen. Etwa 9—10 Stunden nach der Anwendung war die Frau pulslos, bei kühlen Extremitäten und Atemnot. Der Leib war aufgetrieben, aber nicht mehr wesentlich schmerzhaft. Erbrechen trat ein. Etwa 13 Stunden nach der Einspritzung erfolgte der Abort und 7 Stunden später der Tod.

Die am 3. Tage nach eingetretenem Tode vorgenommene gerichtliche Leichenöffnung ergab folgenden Befund:

Der Unterleib war stark aufgetrieben. Aus der äußeren Geschlechtsöffnung ragte der vergrößerte Gebärmutterhals mit der vorgestülpten Scheide heraus. Der aus der Scheide hervorragende Teil der Gebärmutter war 7 cm lang und an der Scheidenöffnung 6 cm breit; der äußere Muttermund war klaffend geöffnet. Aus ihm ragte ein blutiger Schleimpfropf hervor. Die Muttermundslippen waren verdickt, blaugrau verfärbt. Die Schleimhaut der vorderen Scheidewand zeigte von dem Muttermunde an in einer Ausdehnung von 3 cm eine graue, glanzlose Verfärbung, war gelockert und ließ sich leicht abziehen (Aetzschorf). Die Gebärmutter, 20 cm lang und 10 cm breit, weich anzufühlen, zeigte an ihrer hinteren Außenseite eine fleckige Röte des Bauchfellüberzuges mit einer Anzahl eingesprengter schwarzer Punkte. Die verfärbte Stelle war scharf umrandet und ging nicht allmählich in die normal gefärbte Umgebung über. Wie Einschnitte zeigten, war das ganze Bauchfell bis zum Gewebe der Gebärmutter an dieser Stelle von der Veränderung betroffen. Die Gebärmutterhöhle war mit kleinen Gewebefetzen ausgekleidet, zwischen denen kleinere und größere Blutgerinnsel hafteten. Die Innenhaut der rechten Tube war unverändert, die der linken zeigte dagegen eine scharf umschriebene fleckige Röte. Eine gleiche Verfärbung zeigte sich auf dem Bauchfellüberzuge des linken Eierstockes, während an dem rechten nichts zu sehen war. Der Bauchfellüberzug der hinteren Beckenwand war in gleicher Ausdehnung wie die hintere Seite der Gebärmutter rauh, glanzlos, dunkelrot verfärbt. In der Bauchhöhle fanden sich 1000 ccm hellgelb gefärbter Flüssigkeit, die durch kleine gelbliche Flocken getrübt war. In 134 g dieser Flüssigkeit wurden von dem Chemiker 9,4 mg Zink als Chlorzink festgestellt.

Von den übrigen Organen ist zu erwähnen: Die Dünndarmschlingen waren aufgebläht, von glänzender Oberfläche; ihre kleinen und mittelgroßen Gefäße waren gefüllt, mehr an den Dünndarmschlingen, die im Becken lagen, weniger an den mehr nach dem Magen zu gelegenen.

An dem Magen waren besondere abweichende Erscheinungen nicht zu sehen, seine Gefäße kaum gefüllt. In seiner Höhle war nur eine geringe Menge einer rötlich gefärbten schleimigen Flüssigkeit vorhanden.

Die Leber zeigte normale Größe und eine geringe Blutfüllung der Gefäße. Die Gallenblase war strotzend mit Galle gefüllt.

Die Milz war etwas vergrößert, ihr Blutgehalt gering.

Beide Nieren zeigten eine ausgesprochen gelbliche Färbung. Ihr Blutgehalt war gering, ihr Bau nicht verändert.

Das Herz war schlaff, zeigte leichte Verfettung und enthielt große Blutgerinnsel.

An den Lungen, den Luftröhren usw. waren bemerkenswerte Veränderungen nicht zu sehen.

Die Gefäße der weichen Hirnhaut waren an allen Teilen gleichmäßig bis in die kleineren mit Blut gefüllt, die Blutleiter stark mit Blut gefüllt.

Die chemische Untersuchung stellte fest, daß die Nieren Zink enthielten und zwar in 82 g der Nierensubstanz 23,4 g, als Chlorzink berechnet, die Bauchhöhlenflüssigkeit 9,4 g in 134 g Flüssigkeit. Das Blut enthielt nur Spuren von Zink.

Die Verätzung des Muttermundes und der Scheide, die fleckige Röte des linken Eierstockes, die Verätzung des Peritonealüberzuges der hinteren Gebärmutterseite und der entsprechenden Stelle der hinteren Beckenwand beweisen, daß die Chlorzinklösung durch die Gebärmutter und die linke Tube in die Bauchhöhle gelangte, dort eine Bauchfellentzündung mit serösem Ergusse erzeugte. Von der Bauchfellhöhle aus erfolgte dann die Aufnahme des Zinkes in den Organismus. Der Tod erfolgte durch Bauchfellentzündung und Vergiftung mit Zink.

Es konnte nach dem klinischen Verlaufe und dem anatomischen Befunde keinem Zweifel unterliegen, daß der Tod und der Abort die unmittelbaren Folgen der Chlorzinkeinspritzung waren.

Das Chlorzink wird vielfach in der gynäkologischen Praxis angewendet; der vorliegende Fall beweist, daß diese Anwendung gefährlich werden kann. In der Literatur habe ich folgende Angaben über Chlorzinktod gefunden:

Puppe sagt in seinem Werke „Atlas und Grundriß der gerichtlichen Medizin“ 1908, Seite 365: Chlorzink ist ein starkes Aetzgift. Die tödliche Dosis wird auf 3—5 g geschätzt. Zuweilen können sich Nephritiden als Effekt der Ausscheidung des Giftes entwickeln.

Er führt einen Fall an, der einen Knaben von 1½ Jahren betraf, dem versehentlich Einspritzungen von 50% Chlorzink in den Mastdarm an zwei aufeinanderfolgenden Abenden gemacht worden waren. Nach der ersten Einspritzung schon entstand Unruhe mit Meteorismus und Peritonitis nach Perforation des Darmes in die freie Bauchhöhle. Bei der Obduktion fanden sich die Nieren getrübt und geschwollen.

Im Jahrbuch der praktischen Medizin 1908, Seite 100, berichtet M. Hofmeister über einen Todesfall, der nach einem einzigen Einlauf einiger Kubikzentimeter einer 50%igen Chlorzinklösung in die Vagina ohne jede sichtbare Verletzung nach 22 Stunden eintrat unter Erbrechen und Kollaps. Die Sektion ergab eine diffuse Bauchfellentzündung.

Man darf also das Chlorzink nicht als ein harmloses Mittel bezeichnen. Nach M. Hofmeister entsteht durch die Verbindung von Chlorzink mit Eiweißkörpern ein äußerst heftiges Gift.

Bei der internen Einverleibung von organisch sauren Zinksalzen, wie sie bei amerikanischen Apfelschnitzeln vorkommen, wird eine Vergiftung durch Resorption nach Brandt und Scherpe, Jakoby (Jahrbuch der praktischen Medizin 1091, Seite 41) nicht für wahrscheinlich gehalten. Dagegen kommt es bei Injektion von Zinklösung in die Venen zur Vergiftung.

Ob die in einzelnen Fällen von Chlorzink beobachteten

Veränderungen der Nieren als eine Folge des Zinkes anzusehen sind, wird von einzelnen Autoren bezweifelt, von anderen angenommen.

Ich glaubte, den von mir beobachteten Fall der Oeffentlichkeit nicht vorenthalten zu dürfen.

Ein Fall physiologischer Beschränktheit, forensisch betrachtet.

Von Stabsarzt Dr. **R. Hadlich** in Magdeburg, staatsärztlich approbiert.

Bekanntlich kommen unsere Gerichte oft genug in die Lage, ihre Entscheidungen nur auf Indizienbeweise hin fällen zu müssen. Daß dabei mancher Trugschluß und infolgedessen mancher Fehlspruch möglich ist, liegt in der Natur der Sache. Dem Gerichtsarzt wird es zwar häufig vorbehalten bleiben, durch seine Mitwirkung eine Klärung des Falles herbeizuführen, die unter Umständen über Tod und Leben entscheiden kann. Aber gelegentlich werden die Dinge scheinbar so sonnenklar liegen, daß der Richter nicht daran denken wird, einen ärztlichen Sachverständigen hinzuzuziehen, oder wenigstens nicht geneigt sein wird, der abweichenden Ansicht eines solchen ausschlaggebende Bedeutung beizumessen; ja der Gerichtsarzt wird selbst oft genug auf Grund einfach logischer Schlüsse der Auffassung zuneigen, die ihm nach seinen Begriffen als die natürlichste erscheint, ohne daran zu denken, daß es auch unter den Menschen, die nicht als psychopathisch anzusehen sind, gar manches krause Gehirn gibt, dessen Regungen allem anderen eher als den Gesetzen der Logik folgen.

So glaube ich auch nachstehenden Fall ansehen zu müssen, der mir interessant genug erscheint, um vor der Vergessenheit bewahrt zu werden, nachdem er sich vor nunmehr bereits 6 Jahren zugetragen hat:

Agathe K. kam zu uns als Dienstmädchen direkt aus dem Kuhstall. Sie war ein 23 jähriges, kräftiges, gesund aussehendes Mädchen von treuherzig bescheidenem Wesen. Sie war vielleicht 14 Tage bei uns, als sie eines Abends einen Brief zur Post bringen mußte. Der Brief enthielt in einem besonderen inneren offenen Umschlag ein kleines Schächtelchen mit einem goldenen Anker nebst Kette, einen 20-Markschein und eine Briefkarte. Er war regelrecht verschlossen, adressiert und mit vier Fünfpfennigmarken versehen. Am nächsten Tage bringt ein Postbote den gesamten Inhalt des Briefes ohne die Umschläge, mit der Angabe, die einzelnen Teile in dem Briefkasten lose vorgefunden zu haben. Wir standen vor einem Rätsel. Als ich dann das Mädchen vernahm, gab sie ohne weiteres an, den Brief eröffnet und seinen Inhalt in den Kasten geworfen zu haben. Sie hätte geglaubt, so handeln zu müssen. Ich fragte sie dann weiterhin, was sie mit dem eröffneten Briefumschlag angefangen hätte. Sie erklärte, ihn wieder mit zurückgebracht und zu Hause fortgeworfen zu haben, und richtig fand er sich bei sofortigem Nachsehen in aufgerissenem Zustande mit den nicht abgestempelten Freimarken zerknüllt im Küchenkohlenkasten vor.

So unglaublich die Sache an sich war, so konnten wir doch keinen Zweifel an der Zuverlässigkeit der von dem Mädchen gemachten Angaben hegen. Es machte alles solch naiv unschuldigen Eindruck, daß wir ihr nicht

einmal böse sein konnten. Wir dürften uns darin wohl auch nicht getäuscht haben; denn sie blieb 2 Jahre, bis zum unserem Wegzug von W. bei uns und entwickelte sich zu einem durchaus brauchbaren, anstelligen Mädchen, das sich niemals die geringste Unehrlichkeit zu schulden kommen ließ, und das dann nachher in einem uns befreundeten Hause noch einige weitere Jahre bis zu ihrer Verheiratung war, gleichfalls zur vollsten Zufriedenheit der betreffenden Herrschaft. Ja, wir müssen sagen, daß wir solche „Perle" bisher noch nicht wieder besessen haben.

Wie das Mädchen auf seinen sonderbaren Einfall gekommen ist, blieb uns natürlich stets ein Rätsel. Ich mag zu ihr gesagt haben: „Werfen Sie das in den Kasten!" Sie mag vielleicht zu Hause mal einen Brief zur Post gebracht haben, der ihr auch — vielleicht zum Schutz gegen Beschmutzung — in einem besonderen Umschlage, aus dem sie ihn nachher wieder herauszunehmen hatte, mitgegeben worden war — alles das erklärt nur gezwungen die Tatsache, daß das Mädchen, das doch lesen und schreiben konnte, einen verschlossenen, adressierten und frankierten Brief öffnet und den losen Inhalt in den Kasten wirft. Selbst wenn sie erwartet hätte, in dem äußeren Umschlag den eigentlichen Brief vorzufinden, mußte sie doch, als das nicht der Fall, den Inhalt wieder mit nach Hause gebracht haben, statt alles, wie es war, einzuwerfen.

Eine unehrliche Absicht kommt sicher nicht in Frage. Die Art und Weise, wie der Brief aufgerissen war, spricht ohne weiteres dagegen, daß das Mädchen ihn vielleicht zunächst nur aus Neugierde öffnen und dann wieder neuverschlossen hätte einwerfen wollen, um es dann plötzlich mit der Angst zu bekommen und den ganzen Inhalt in den Kasten zu werfen.

Man müßte schon geradezu annehmen, das Mädchen hätte sich den Inhalt aneignen wollen. Aber zunächst konnte sie gar nicht wissen, daß sich in dem Briefe Dinge von Wert befanden, und wenn sie es wirklich gewollt und es dann mit der Angst bekommen hätte, so wäre es doch unverständlich, daß sie die Sachen so in den Kasten warf, wo sie doch einer Entdeckung so gut wie gewiß sein konnte, am unverständlichsten aber, daß sie den äußeren Umschlag wieder mit zurückbrachte und in den Kohlenkasten warf.

Ich kann mir das Verhalten des Mädchens nur aus einer erheblichen physiologischen Beschränktheit heraus erklären. Es war in ländlicher Abgeschiedenheit im Kuhstall und als Feldarbeiterin aufgewachsen. Wie man alljährlich auch bei unseren Rekruten sehen kann, können Menschen mit einem dementsprechend eingeengten geistigen Horizont geradezu den Eindruck angeborenen Schwachsinns hervorrufen; erst die Versetzung in die neue Umgebung und zweckmäßige Anleitung und Erziehung können aus ihnen, wenn vielleicht auch etwas beschränkte, so doch durchaus brauchbare Glieder der menschlichen Gesellschaft machen.

Wie aber nun, wenn der Postbeamte, der den Briefkasten leerte, nicht ehrlich war und zufällig der aufgerissene Briefumschlag in dem Kohlenkasten gefunden worden wäre? Wir würden doch mit größter Wahrscheinlichkeit das Mädchen im

Falle des Leugnens der Polizei überantwortet haben, und es würde sich gewiß kein Gericht gefunden haben, das dem Mädchen geglaubt hätte. Sie würde sich eine empfindliche Freiheitsstrafe zugezogen haben, ohne daß man dem Gericht daraus irgend einen Vorwurf hätte machen können.

Der Fall zeigt, wie bedenklich es sein kann, wenn Richter oder Sachverständige den logischen Zusammenhang einer Sache nur nach ihrem eigenen Begriffsvermögen beurteilen, wenn es sich um Angeklagte handelt, deren bisheriges Milieu Veranlassung geben muß, an die Möglichkeit einer physiologischen Beschränktheit zu denken, bei der Gedankengänge vorkommen können, denen zu folgen wir gänzlich außerstande sind.

Ueber die Einrichtung städtischer Wohlfahrtsämter.

Von Geh. Med.-Rat Dr. Wex, Kreisarzt in Düren.[1])

Die Konzentration aller Fürsorgebestrebungen durch Einrichtung eines städtischen Wohlfahrtsamtes ist im Interesse einer organisierten Wohlfahrtspflege schon von verschiedenen Seiten als höchst erwünscht bezeichnet worden; ich brauche in dieser Hinsicht nur an die Vorträge von Henkel und Fielitz auf der vorjährigen Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins zu erinnern. Gleichwohl wird es die Leser dieser Zeitschrift interessieren, etwas über die Durchführung, die Aufgaben und die Einrichtung eines derartigen zentralen Wohlfahrtsamtes an der Hand eines praktischen Beispiels, wie solches das städtische Wohlfahrtsamt in meiner Kreisstadt Düren bildet, zu erfahren. In einer Stadt, in der von alters her die wirtschaftlich Bessergestellten stets einen lebhaften Sinn bekundet haben, das Los ihrer minderbegüterten Mitbürger, insbesondere der in Not und Bedrängnis geratenen durch Stiftungen und Schenkungen, durch Errichtung von Versorgungs-Anstalten, kurz durch Wohlfahrtseinrichtungen aller Art besser und erträglich zu gestalten, da kann es nicht ausbleiben, daß die Wohltätigkeit sich zersplittert, daß bei Austeilung der Wohltaten solche in erster Linie berücksichtigt werden, die ihrer weniger bedürfen, die es aber verstehen, für ihre besonderen Anliegen das Interesse wohltätiger Männer und Frauen wachzurufen; da kann es aber auch nicht ausbleiben, daß sich Wohltaten auf einzelne häufen, während solche, die einer Unterstützung dringender bedürfen, leer oder doch ungenügend bedacht ausgehen. Schon um diese Unstimmigkeiten zu beseitigen und eine gerechtere Verteilung von Unterstützungen an die in Not Befindlichen zu erzielen, würde sich die Einrichtung einer Zentrale entlohnen. Aus diesem Bedürfnis heraus ist in Düren schon vor langen Jahren eine Auskunftsstelle des freiwilligen Armenvereins geschaffen worden,

---

[1]) Nach einem auf der amtlichen Versammlung der Medizinalbeamten in Aachen gehaltenen Vortrage.

die an der Hand eines Fragebogens über die Bedürftigkeit eines Gesuchstellers und die ihm bereits gewährten Unterstützungen unterrichtet.

Aber ein zweites, wichtigeres Moment führt dazu, die Errichtung einer Zentrale, eines Wohlfahrtsamtes als höchst erwünscht, ja im Interesse durchgreifender Maßnahmen und eines einheitlichen Zusammenwirkens als notwendig anzustreben, das sind die durch die steten Fortschritte auf dem Gebiete der sozialen Hygiene geschaffenen Fürsorgestellen. Ueber die Notwendigkeit der Fürsorgestellen zu sprechen, ist hier nicht meines Amtes; ich will nur darauf hinweisen, daß eine Fürsorgestelle, wenn sie wirklich die ihr obliegenden Aufgaben erfüllen soll, viel radikaler vorgehen muß, als die sonst bestehenden Wohltätigkeitseinrichtungen. Sie muß das Uebel an der Wurzel fassen, muß in erster Linie vorbeugend wirken, ohne die andere Aufgabe, den bereits eingetretenen Schaden zur Ausheilung zu bringen, außer acht zu lassen. So soll die Säuglingsfürsorgestelle alle Säuglinge umfassen, die irgendwie ihrer Obhut bedürfen — und das ist der bei weitem größte Teil aller geborenen Kinder —; sie soll die regelmäßige Entwicklung gesunder Kinder in die Wege leiten durch möglichste Durchführung des Selbstillens der Mütter, durch Belehrung, Kontrolle, Beratungsstellen usw., und nicht warten, bis hochgradig gefährdete oder gar bereits erkrankte ihr zugeführt werden. Die Säuglingsfürsorge darf sich nicht begnügen mit der Pflege der Säuglinge allein, sondern sie muß auch die dem Säuglingsalter bereits entwachsenen Kinder umfassen, und daher haben wir in Düren unsere Säuglingsfürsorgestelle bereits in Kinderfürsorgestelle umgetauft und so der ursprünglichen Säuglingsfürsorgestelle weitere Ziele gesteckt.

Die Tuberkulose-Fürsorgestelle soll möglichst frühzeitig den für sie in Betracht kommenden Hilfsbedürftigen ihren Rat und ihre Hilfe angedeihen lassen und möglichst schon die ihrer ganzen Konstitution nach Gefährdeten und für die Ansteckung mit Tuberkelbazillen besonders Disponierten in ihre Obhut nehmen, jedenfalls aber die in den ersten Anfangsstadien Erkrankten einem sofort einzuleitenden Heilverfahren zuführen und dann vor allem dafür Sorge tragen, daß in den Wohnungen der Schwer-Tuberkulösen der Ansteckung der Angehörigen und Hausmitbewohner mit allen verfügbaren Mitteln vorgebeugt wird.

Die Krüppelfürsorgestelle soll ihre vornehmste Aufgabe nicht darin erblicken, wie es bislang meist geschah, den erwachsenen Krüppeln Unterstützungen oder im besten Falle Arbeitsgelegenheit zu verschaffen, sondern sie soll ihr Augenmerk vor allem auf die krüppelhaften Kinder richten, diese je nach Lage des Falles durch zeitige orthopädische oder chirurgische Behandlung zu erwerbsfähigen und erwerbstätigen Mitgliedern der Gesellschaft heranbilden.

Die Trinkerfürsorgestelle soll nicht dann erst mit ihrer Hilfe einsetzen, wenn die Familie des Trinkers in Not und Elend

geraten ist, sondern sie soll zeitig, so lange von einer eigentlichen Alkoholkrankheit noch keine Rede ist, den Trinker in Behandlung nehmen, ihn durch Aufnahme in Abstinenz- oder Mäßigkeits-Vereinen, durch Zuspruch, Belehrung, Besorgung von Arbeitsgelegenheit zu einem geregelten Leben zurückführen oder im Falle, wo bereits ausgesprochene Trunksucht vorliegt, zeitig die Aufnahme in eine Trinkerheilanstalt, nötigenfalls durch ein schleunigst einzuleitendes Entmündigungsverfahren, herbeiführen, ehe das Familienleben zerstört oder doch in seinen Grundfesten erschüttert ist.

Die Frage ist nun, wie lösen die verschiedenen Fürsorgestellen die ihnen obliegenden Aufgaben am schnellsten, sichersten und vor allem auch am besten mit Rücksicht auf die Kostenfrage. Gerade die Kosten spielen bei den umfassenden, radikalen Aufgaben eine nicht unerhebliche Rolle; wenn hier nicht alle vorhandenen und überhaupt erreichbaren Hilfsmöglichkeiten in Aktion gesetzt werden, kann es leicht vorkommen, daß den vorbeugenden Maßnahmen der Fürsorgestellen durch die Kostenfrage ein Halt entgegengesetzt und somit eine durchgreifende Hilfe vereitelt wird.

Der bisher meist beschrittene Weg ist der, die ganze Fürsorgearbeit durch einen rein privaten Verein bewerkstelligen zu lassen — also durch Schaffung rein privater Fürsorgestellen, je einer solchen für Säuglingsfürsorge, Tuberkulosefürsorge, Krüppelfürsorge usw., — diese Fürsorgestellen mit einem Ausschuß, einem Arzt oder Laien als Vorsitzenden und genügenden Hilfskräften auszustatten und diesen die ganze Fürsorgearbeit zu übertragen. Der Vorzug dieses Systems ist, daß die an der Fürsorgestelle tätigen Personen ihre Arbeit sich unbekümmert um bürokratische Bevormundung so einrichten können, wie es ihren persönlichen Neigungen und ihrem Können entspricht. Daß viele derartige Fürsorgestellen mit Erfolg gearbeitet haben, soll nicht bestritten werden. Allein dieses System hat auch erhebliche Nachteile. Was zunächst die Kostenfrage anlangt, so müßte eine solche Fürsorgestelle schon mit einem erheblichen Fonds versehen sein, wenn sie die sämtlichen Kosten aus eigenen Mitteln decken will. Für eine Fürsorgestelle würden sich diese Mittel wohl aufbringen lassen — und sie sind aufgebracht worden in vielen Städten —, wenn aber mehrere, 4, 6 oder gar mehr Fürsorgestellen errichtet werden sollen — und ihre Notwendigkeit in einem größeren Gemeinwesen dürfte unbestritten sein — so wird es durchweg kaum angängig sein, die Kosten aus eigenen Mitteln zu decken. Sobald aber andere Hilfsquellen herangezogen werden sollen, beginnen für die Fürsorgestellen die Schwierigkeiten; sie mehren sich bis zum Versagen, sobald die Not zwingt, alle überhaupt existierenden Hilfsmöglichkeiten zur Kostentragung heranzuziehen. Der Leiter der Fürsorgestelle kann als Privatmann unmöglich diese Hilfsquellen übersehen; vor allem aber würde ihm eine kaum zu bewältigende, mindestens aber höchst lästige und darum ungern geschehene

Schreibarbeit erwachsen, um die in Betracht kommenden Quellen seinen Zwecken dienstbar zu machen. Dem Privatmann können u. a. Schwierigkeiten erwachsen, wenn es sich darum handelt, Behörden — ich denke beispielsweise an die großen Verkehrsbehörden — zu Unterstützungen für Angehörige ihrer Verwaltung zu bewegen, zum mindesten würde durch vieles Hin- und Herschreiben, durch Erkundigungen und dergl. vielleicht die wichtigste Zeit verloren gehen. Auch die Anfertigung von Statistiken, die nicht entbehrt werden können schon der eigenen Orientierung halber und zur Behebung vorhandener Mißstände, sowie die Erstattung von Berichten und Abrechnungen erfordern eine erhebliche bürokratische Arbeit, die vom Privatmann kaum geleistet werden kann und vielfach zum Schaden der Sache auch nicht geleistet wird. Die Bestallung besonderer Hilfskräfte zur Erledigung des Schreibwerks würde aber den Etat der Fürsorgestelle doch erheblich belasten.

Vor allem fehlt aber bei diesen rein privaten Vereinen eine Zentrale, die den Ueberblick über die sämtlichen Fürsorgestellen hat und das Nebeneinanderarbeiten verschiedener Fürsorgestellen vermittelt, beispielsweise wenn es sich um tuberkulöse Kinder eines Trinkers oder um einen Säugling in einer tuberkulösen Familie handelt, wo schon zwei Fürsorgestellen in Frage kommen. Auch die Möglichkeit, Hilfskräfte, wie die Fürsorgeschwestern, für verschiedene Fürsorgestellen zu beschäftigen, würde fortfallen oder wenigstens wesentlich erschwert werden. Suchen aber mehrere Personen in Fürsorge-Angelegenheiten ein und dieselbe Familie öfters auf, so führt das leicht zu Unzuträglichkeiten aller Art.

Vergegenwärtigen wir uns nun die umfassenden Aufgaben, die jede einzelne Fürsorgestelle hat und die Wege, die sie gehen muß, um ihre Bestrebungen zu verwirklichen, so kann man sich der Befürchtung nicht verschließen, daß alle diese Einrichtungen, so nützlich sie an und für sich sind, doch infolge des Mangels am Zusammenwirken und der Belastung mit bürokratischer Arbeit nicht denjenigen Nutzen bringen, den sie bei zentralisierter Organisation bringen könnten, ja daß die Gefahr besteht, daß die eine Fürsorgestelle, ohne es zu wollen, die andere beeinträchtigt. Auf alle Fälle wird manche Arbeit und manche Mühe vergeudet, die bei einheitlicher Arbeit und bei genügender Verbindung der einzelnen Stellen untereinander gespart würde. Effler sagt sehr richtig: „Am Baume der sozialen Hygiene sind nacheinander viele Zweige gewachsen. Fast bedrängt der eine dem andern oder sie wachsen zur Seite, statt daß alle eine Richtung einnehmen, um eine gleichmäßig sich wölbende Krone über starkem Stamme zu bilden.“

Somit ergibt sich aus der Notwendigkeit des Zusammenwirkens die Schaffung kommunaler Fürsorge-Zentralen.

Ob man für diese Zentrale ein besonderes Amt, ein Wohlfahrts- oder Fürsorgeamt einrichtet oder ob man sie an bereits vorhandene Einrichtungen angliedert, ist weniger von Bedeutung; wichtiger ist die Art ihrer Organisation.

Das eine System, die gesamte Fürsorge völlig zu zentralisieren und die gesamten Wohltätigkeitsbestrebungen in straffe amtliche Bahnen zu leiten, vermeidet zwar die vorhin angeführten Fehler der Zersplitterung vollständig und dürfte sicherlich eine gewissenhafte, die vorhandenen Hilfsquellen tunlichst erschöpfende, verwaltungsmäßige Bearbeitung aller Fälle ermöglichen. Der Nachteil dieses Systems liegt darin, daß auch der rein praktischen Fürsorgetätigkeit unausbleiblich ein amtlicher Charakter aufgeprägt wird, daß anstatt der individuellen Behandlung des Einzelfalles die Gefahr der Schablone naheliegt und daß die private Wohltätigkeit gelähmt wird.

Viele Privatpersonen und wohltätige Vereine, die gerne den einzelnen eine Unterstützung zukommen lassen, werden sich weigern, ihre Mittel einer Zentrale zur Verfügung zu stellen, über deren Verwendung sie nicht mitbestimmen können. Andere Vereine und Stiftungen — ich denke insbesondere an die konfessionellen Vereine — können ihren Satzungen nach ihre Mittel nicht ohne Selbstbestimmung im Einzelfalle für die Allgemeinheit verwenden; sie werden sie somit neben der Zentrale für diejenigen Fälle verwenden, die sie für geeignet halten, so daß auf diese Weise eine gerechte Verteilung zum mindesten erschwert wird. Will aber die Zentrale wiederum nur oder doch größtenteils aus eigenen Mitteln die notwendige Hilfe und Unterstützung gewähren, so dürften die Kosten doch alsbald recht erhebliche werden und die umfassenden Aufgaben der Fürsorgestellen in Frage stellen. Auch liegt bei diesem System die Gefahr einer bürokratischen Bevormundung der einzelnen Fürsorgestellen nahe und damit auch die Gefahr der Unzuträglichkeiten bei den an den einzelnen Fürsorgestellen tätigen Personen.

Ein anderes System besteht in der Zentralisierung des rein Geschäftlichen und der Dezentralisierung des rein praktischen Teiles der Fürsorgearbeit. Wir haben diesen letzteren Weg in Düren eingeschlagen. Die einzelnen Wohlfahrtsbestrebungen, insbesondere der Fürsorgestellen finden in dem Wohlfahrtsamt einen Zentralpunkt, ohne ihre Selbständigkeit aufzugeben. Die an den Fürsorgestellen tätigen Personen erledigen die ihnen obliegenden Arbeiten völlig selbständig nach den Aufgaben ihres Berufes und schlagen das im Einzelfalle Notwendige oder Wünschenswerte dem Wohlfahrtsamte vor, lediglich nach sachlichen Gesichtspunkten ohne Rücksicht auf die Kostenfrage. Das Wohlfahrtsamt stellt die Verbindung zwischen den einzelnen Fürsorgestellen dar, erledigt die reinen Verwaltungssachen, insbesondere die gesamte Schreibarbeit und Kassenführung und regelt die Kostenfrage. Seine Aufgabe ist es vor allem, die im Einzelfalle in Betracht kommenden Hilfsmöglichkeiten zu ermitteln, Behörden, Krankenkassen, Landes-Versicherungsanstalt, Vereine, Stiftungen, private Wohltäter zu Unterstützungen und Heilverfahren heranzuziehen. Das Amt soll aus den vorhandenen Hilfsquellen schöpfen, die Vereine und Privatpersonen zur Verleihung von Unterstützungen im Rahmen ihrer Aufgaben

und ihrer Satzungen bewegen, nicht aber, oder nur in vereinzelten Ausnahmefällen aus eigenen Mitteln die Kosten für Unterstützungen, Heilverfahren und dergl. decken. Auf diese Weise behalten alle Wohltätigkeitsbestrebungen ihre volle Selbständigkeit. Die Fürsorgestellen sind nicht beengt dadurch, daß ihnen von amtlicher Seite in ihre Tätigkeit hereingeredet wird, sie entbehren völlig jedes amtlichen Charakters; die privaten Wohlfahrtseinrichtungen behalten die freie Verfügung ihrer Mittel, sie können im Einzelfalle ihre Unterstützung gewähren oder ablehnen, während doch anderseits das Wohlfahrtsamt für eine gerechte Verteilung der Wohltaten Sorge trägt und eine intensive Hilfsaktion ermöglicht, ohne daß es selbst mit einem erheblichen Fonds ausgestattet zu sein braucht.

Aus eigenen Mitteln hätte das Wohlfahrtsamt hauptsächlich die eigenen Betriebskosten zu bestreiten, die Miete für die erforderlichen Räume für die Fürsorgestellen, die Besoldung der Aerzte und Fürsorgeschwestern, die Kosten der ersten Einrichtung sowie einen kleinen Betriebsfonds bereitzustellen für solche Fälle, wo ausnahmsweise andere Hilfsqnellen versagen sollten.

An der Spitze des Wohlfahrtsamtes müßte ein städtischer Beamter stehen; ob derselbe Jurist oder Arzt ist, ist von untergeordneter Bedeutung; notwendig ist nur, daß er mit dem Fürsorgewesen völlig vertraut ist und genaue Kenntnis aller erreichbaren Hilfsmöglichkeiten sowie die erforderliche Geschäftsgewandheit besitzt. Diesem müßte ein Ausschuß zur Seite stehen, bestehend aus den Leitern der einzelnen Fürsorgestellen und sonstigen geeigneten Personen. Dem Ausschuß müßte zweckmäßigerweise auch der Kreisarzt angehören. Dem Vorsitzenden wäre Sitz und Stimme auch bei den Sitzungen der Fürsorge-Ausschüsse zu gewähren, dem Kreisarzt bei diesen mindestens beratende Stimme.

Nach den vorstehenden Gesichtspunkten haben wir in Düren vor etwa Jahresfrist ein städtisches Wohlfahrtsamt errichtet, dem zunächst 4 Fürsorgestellen angehören.

Es würde verfrüht sein, heute ein Urteil über den Erfolg abzugeben, doch darf ich aus einem Bericht, den der Vorsitzende unlängst in der Gesundheits-Kommission erstattet hat, anführen, daß sich sämtliche Fürsorgestellen über Erwarten gut entwickelt haben. In der Kinderfürsorgestelle, die wir zuerst eröffnet haben, ist es gelungen, mehr als die Hälfte sämtlicher in den letzten Jahren geborener Kinder in Fürsorge zu nehmen. Von den etwa 150 gestorbenen Kindern unter 1 Jahr befanden sich nur etwa 30 Fürsorge-Pflegekinder. Die Mutterberatungsstellen, die im allgemeinen einmal, im Hochsommer zweimal wöchentlich abgehalten wird, wurde überaus rege besucht, so daß man durchschnittlich mit einem jedesmaligen Besuch von 60 bis 80 Müttern rechnen konnte.

Die Tuberkulose- und Lupus-Fürsorgestelle, die im Januar d. J. ihre Tätigkeit aufnahm, ist bis Anfang September von etwa

70 Hilfsbedürftigen besucht worden; die Krüppelfürsorgestelle, die erst im April d. J. eröffnet wurde, hat 40 Krüppeln ihre Hilfe angedeihen lassen. In der Trinkerfürsorgestelle sind 83 Trinker in Behandlung genommen und 14 Entmündigungsverfahren durchgeführt worden. Gerade in dieser Fürsorgestelle wurde ein ganz ungewöhnliches Interesse seitens der Bürgerschaft und ein sehr reges und freudiges Arbeiten seitens der privaten Fürsorger beobachtet. Es ist der Tätigkeit der Fürsorgestelle gelungen, entsprechend dem Evangelischen Blauen Kreuz noch ein Katholisches Kreuzbündnis zu gründen, das die Arbeiten der Fürsorgestellen außerordentlich unterstützt und wöchentlich Versammlungen abhält, die häufig von 70 bis 80 Personen besucht werden.

Das ist gewiß eine hocherfreuliche Entwicklung, die in erster Linie dem verdienstvollen Schöpfer und Leiter des Wohlfahrtsamtes, Herrn Beigeordneten Meyer, zu danken ist.

Daß der in Düren eingeschlagene Weg sich allerwärts als der beste erweist, will ich nicht behaupten; wesentlich dürfte es dabei auf die Zahl und den Umfang der in der Kommune überhaupt vorhandenen Wohlfahrtseinrichtungen ankommen. Der Herr Oberpräsident hat durch Erlaß vom 17. September 1912 bekanntgegeben, daß sich seines Erachtens das Vorgehen von Düren für Stadtkreise am meisten zur Nachahmung eignen würde, betont aber im übrigen sehr zutreffend, daß gerade die besonderen, historisch gewordenen Verhältnisse eines jeden Kreises und jeder Stadt darüber entscheiden müssen, in welcher Weise eine Vereinheitlichung der Wohlfahrtspflege durchzuführen sei. Wichtig ist meines Dafürhaltens nur, daß die Kommunen frühzeitig dazu übergehen, die vorhandenen Wohlfahrtseinrichtungen zusammenzufassen, bevor die vielfachen Zweige sich gegenseitig bedrängen und beschatten, und daß sie dabei nicht außer acht lassen, durch Erhaltung der möglichsten Selbständigkeit der einzelnen Wohlfahrtseinrichtungen die Arbeitsfreudigkeit der an ihr tätigen Personen zu erhalten und zu fördern. Die dem Vorgehen in Düren zugrunde liegende Idee — Schaffung einer Zentralinstanz bei völliger Selbständigkeit der einzelnen Wohlfahrtseinrichtungen — hat sich jedenfalls als eine gesunde und lebenskräftige erwiesen, die eventuell auszugestalten und auszubauen der Zukunft vorbehalten sein mag.

Kleinere Mitteilungen und Referate aus Zeitschriften.

A. Gerichtliche Medizin.

Die Viskosität des Blutes und Blutserums bei den akuten experimentellen Vergiftungen durch Quecksilber, Arsenik, Blei, Phosphor. Von Dr. Farmachidis-Genua. La Clinica Medica Italiana; 1912, Nr. 5.

Die Viskosität des Blutes wechselt unter der Einwirkung aller möglichen Faktoren, so unter den Einwirkungen der Temperatur, des Sauerstoffs, des Alkohols, verschiedener pathologischer Zustände u. dergl. m. Dagegen ist die Einwirkung von Giften auf diese Eigenschaft des Blutes noch wenig studiert. Verf. stellte deshalb derartige Versuche an, wobei er mit Tieren

experimentierte, denen einmal destilliertes Wasser, dann die verschiedenen Gifte: Quecksilber, Arsenik, Blei, Phosphor mittels Magensonde einverleibt wurden. Das Ergebnis der Versuche läßt sich dahin zusammenstellen, daß

1. unter normalen Zuständen die Viskosität des Blutes bei verschiedenen Tieren sehr verschieden, bei demselben Tier unter gleichen Bedingungen ganz konstante Werte zeigt;

2. die Viskosität des Blutes bei Vergiftung mit Phosphor, Quecksilber und Blei zunimmt — bei ersteren bis fast zum doppelten Wert als vor der Vergiftung —, während die Viskosität des Blutserums keine wesentliche Veränderung erleidet;

3. die Viskosität des Blutes bei Arsenvergiftung nicht immer und auch dann nur in beschränktem Maße zunimmt. Dr. Solbrig-Königsberg.

---

1. Ueber die Verteilung des Bleis in den verschiedenen Organen und Geweben des Kaninchens bei subkutaner Injektion von Bleiazetat in wiederholten Dosen. Von Maurel und Carcanagua. Aus dem Laboratorium für experimentelle Pathologie der Universität Toulouse. Comptes rendus de la soc. de biol.; LXXII, 1912, Nr. 26 und 27.

2. Bericht über die Verteilung des Bleis in den verschiedenen Organen und Geweben nach subkutaner Injektion. Die Abstufung der Empfindlichkeit der verschiedenen anatomischen Elemente gegenüber diesem Metall. Von Denselben. Ebenda; Nr. 28.

Zu 1. Bei subkutaner Injektion von Blei enthält von den untersuchten Organen des Kaninchens am meisten Blei die Niere, dann folgen Magen und Darm; die gestreiften Muskeln und das Gehirn, erst nachher die Leber. In Versuchen von Hugounenc hatte die Leber in erster Linie gestanden; dies dürfte auf der Art der Einverleibung beruhen. Vom Darm aufommen, wird das Blei durch das Blut weiterbefördert und in der Leber festgehalten.

Zu 2. Am empfindlichsten gegen Blei sind die roten Blutkörperchen dann folgen die glatte Muskelfaser, der sensible, der motorische Nerv, die gestreifte Muskelfaser, die Herzmuskelfaser und die Leukozyten.

Dementsprechend ist die Anaemie das erste Zeichen der Bleivergiftung. Dann treten Affektionen der glatten Muskelfaser auf: Kolik, Afterzwangs Blasenzwang, Pyloruskrampf, Asthma, Verringerung des Lebervolums, Spasmu, der Gallengänge, vorübergehende Kontraktion der Venen, besonders an den Händen, Krampf des Harnleiters, Uteruskontraktionen, die Frühgeburt einleiten können. Sensible Störungen, Anaesthesien, Hyperaesthesien, Neuralgien kommen nachher, Symptome der motorischen Nerven und der glatten gestreiften Muskelfaser erst später. Das Herz ist selten betroffen.

Auf 1593 Fälle von Bleivergiftung zählte Tanquerel des Planches 1317 Fälle von Kolik, 750 von Sensibilitätsstörungen, 127 Fälle von Störungen der motorischen Nerven und der gestreiften Muskelfaser. Es entspricht demnach der Häufigkeit der verschiedenen klinischen Symptome der Bleivergiftung der im Versuche gefundenen Abstufung. Die sensibelsten anatomischen Elemente enthielten in den Versuchen der Verfasser das meiste Blei; es scheint somit die Empfindlichkeit der anatomischen Elemente mit der Menge, die jedes von ihnen an Blei zurückhalten kann, im Verhältnis zu stehen.

Dr. Mayer-Simmern.

Erfahrungen über Vergiftungen durch „Nitrose-Gase". Nach dem Material des ger. med. Institut in Zürich. Inaug.-Diss. Zürich 1911. Von Pedro Llopart. Genehmigt auf Antrag von Prof. Dr. H. Zangger. 139 S.

Vergiftungen durch Nitrose-Gase kommen häufiger vor, als die Krankenhausstatistiken vermuten lassen. Bei schweren Fällen tritt der Tod früher ein, als Krankenhausüberführung ausführbar ist; auch die akutesten Symptome gehen häufig so rasch vorüber, daß man den Kranken gar nicht in ein Hospital bringt. Die Aerzte müssen an die Gefahr der Nitrosegasvergiftung öfter denken, als bisher es in der Schweiz der Fall war.

Aus dem Symptomenbild der akuten Vergiftung sei hervorgehoben, daß sofort sehr peinigender, krampfhafter Hustenreiz auftritt, der allmählich nachläßt und einem Fremdkörpergefühl in der Brust Platz macht. Zusammengeschnürtsein der Kehle, Angstgefühl, Husten, Schweißausbruch folgen. Nach

6—8 stündigem Intervall tritt stärkerer Husten auf, die Sprache wird koupiert, schnappend; der Gang taumelnd, die Augen quellen hervor. In frischen Fällen gibt der Auswurf Diphenylaminreaktion. In einigen Stunden können mundvolle Expektorationen in Menge von 1 Liter auftreten. Tod unter Zyanose und Lungenoedem. Von der chronischen Vergiftung sind unter den Symptomen hervorzuheben: chronischer Bronchialkatarrh und blasses, fahles Aussehen, ferner Dyspnoe, Tachypnoe, Tachykardie, Stickhusten, Zyanose, Haemoptoë. An den Zähnen ist charakteristisch die Zahn- und Säurenekrose der Nitrirer. Ursache sind die bei verschiedenen Nitrirvorrichtungen aufsteigenden Dämpfe des zur Nitrirung gebrauchten Säuregemischs.

Für die Diagnose an der Leiche kommen in Betracht: gelbe Verfärbung der Nasenlöcher, der Schnurrbarthaare und vorderen Haupthaare; von der Säure herrührende Flecke an Händen und Vorderarmen. Da die Erkrankten meist lange bei klarem Verstande bleiben und den gefährlichen Raum gewöhnlich rasch verlassen, tritt der Tod sozusagen nie im gleichen Raume ein, in dem die Gase sich entwickeln. Auch nach Einatmung von viel Material wird dieses ante mortem wieder ausgeschieden. Gestützt wird aber die Diagnose durch den Nachweis von HNO_3, HNO_2 oder deren Salze im Auswurf, im Harn, in Flüssigkeitsergüssen, an den Haaren. Typisches Bild von Lungenoedem findet sich fast in allen Fällen. Wie Schubert (diese Zeitschr. 1911, S. 566), Curschmann, L. Lewin ist Llopart Gegner der Chloroformanwendung nach der Vergiftung. Er empfiehlt, den Genuß von Milch zu versuchen.

Während die Arbeit Schuberts, die von Czaplewski (Vierteljahrsschrift f. ger. Med. 1912, April, S. 356) unsere deutschen Verhältnisse schildern, ist es von Interesse, daß das englische Parlament 1911 eine Gesetzesvorlage genehmigte, daß jugendliche Arbeiter in der Kunstseidenindustrie verwendet werden dürften, ohne daß eine Beschränkung auf eine bestimmte Abteilung der Kunstseideprozesse angeführt war. Von der englischen Vereinigung für Arbeiterschutz wurde Prof. Zangger um ein Gutachten ersucht. Er machte u. a. darauf aufmerksam, daß bei der Nitrirung der Zellulose zur Erzeugung der Nitrozelluloseseide nitrose Dämpfe entstehen, die für Jugendliche besonders gefährlich sind; diese verspritzen leichte Säuren, auch bestehe die Gefahr von Bränden. Tatsächlich ist auch jener Beschluß aufgehoben worden.

Der eidgenössische Fabrikinspektor machte 1910 in einem Rundschreiben die Fabrik- und Betriebsdirektionen der Schweiz, bei den nitrose Gase vorkommen können, auf die Gefahren und die nötigen Vorsichtsmaßregeln aufmerksam. Dr. Mayer-Simmern.

Ueber einige Beobachtungen bei Oxalsäurevergiftung. Von Dr. Wichern-Leipzig. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 22.

Verfasser berichtet über einige Intoxikationen, deren klinischer Verlauf verschiedene Besonderheiten zeigte. Zuerst erwähnt er 2 Fälle, bei denen es trotz sehr geringer Dosen (4 bezw. 10 g Bitterkleesalz) und trotzdem bedrohliche Symptome, wie ausgesprochene Oligurie oder Anurie fehlten, plötzlich zur Uraemie kam, während in einem 3. Falle, wo die Erscheinungen von seiten der Nieren sehr erheblicher waren und fast völlige Anurie herrschte, nicht die geringste Andeutung von urämischen Symptomen vorlag. Besonders die beiden ersteren Fälle gaben dem Verfasser Veranlassung zur Mahnung, die Prognose in allen Fällen von Oxalsäurevergiftung mit größter Vorsicht zu stellen. In einem weiteren Falle trat nach anfänglicher Oligurie plötzlich eine starke Polyurie auf; die Tagesmenge betrug bis 7 Liter. Nach einigen Tagen wurde die Urinmenge wieder geringer; der Urin zeigte dann ein sehr hohes spezifisches Gewicht. Rpd. jun.

Angeborene Hernie des Zwerchfells beim lebendgeborenen Fötus, der bald nach der Geburt starb. Von Dr. Levi-Venedig. Rivista Veneta di scienze mediche; 1912, Nr. 9.

Anomalien der oben genannten Art sind nicht gerade häufig. Der beschriebene Fall betraf einen am Anfang des 9. Schwangerschaftsmonats geborenen Fötus weiblichen Geschlechts, der normales Aussehen zeigte, 2400 g wog, aber sofort nach der Geburt unregelmäßig atmete. Es trat alsbald

Blässe, oberflächliches Atmen und 35 Minuten nach der Geburt der Tod ein. Bei der Sektion fand sich ein großer Defekt in der linken Hälfte des Zwergfells, durch den der linke Leberlappen, Magen, Milz und ein großer Teil der Darmschlingen in die Brusthöhle eingetreten waren. Die Lungen waren dadurch sehr in die Höhe gedrängt, das Herz teilweise nach rechts verlagert.

Diese Anomalie kommt wegen der Lage der Leber fast stets linksseitig vor. Pathognomonisch sind unregelmäßiges angestrengtes Atmen, Asphyxie, Zyanose der Haut. Dr. Solbrig-Königsberg.

Ueber einen Fall von Mißgeburt. Von Dr. Levi-Venedig. Rivista Veneta di scienze mediche; 1912, Heft 8.

Es handelt sich um eine recht merkwürdige, gewiß recht seltene, wenn überhaupt schon einmal beschriebene Mißbildung bei einem spontan im 7. Monat der Schwangerschaft von einer Primipara geborenen Fötus. Die hauptsächlichsten Monstrositäten waren: Fehlen von einzelnen Schädelknochen und dadurch bedingte Meningo-Enzephalozele, Exophthalmus, Lippen- und Gaumenspalte, Fehlen des Brustbeins und vor allem Bauchspalte mit Heraustreten sämtlicher Eingeweide des Bauches nebst Herz und großen Gefäßen. Eine beigegebene Abbildung illustriert dieses Monstrum von Fötus aufs beste. Das Merkwürdigste aber bei dieser Mißgeburt war, daß der Fötus noch 13 Stunden lebte und regelmäßige Herzkontraktionen nebst Atembewegungen festzustellen waren, ja daß der Fötus auch versuchte, die ihm eingeflößte Milch zu schlucken.

Anamnestisch ließ sich bei der Mutter nichts bemerkenswertes feststellen. Dr. Solbrig-Königsberg.

Zwei merkwürdige Fälle von Oberschenkelfraktur des Kindes unter der Geburt. Von Stabsarzt Dr. Bertkau, früheren Assistenten der Univer sitäts-Frauenklinik des Kgl. Charitekrankenhauses zu Berlin. Münchener med Wochenschrift; 1912, Nr. 31.

Die größtc Mehrzahl der Frakturen der kindlichen Extremitätenknochen unter der Geburt kommt durch direkte Gewalteinwirkung bei operativen geburtshilflichen Eingriffen zustande, während frische Frakturen bei Spontangeburten recht selten sind. Verfasser führt zunächst zwei Fälle von Spontanfrakturen aus der Literatur an, bei denen durch Umschlingung der Oberschenkel beide Oberschenkel brachen; er teilt dann weitere zwei Beobachtungen mit, bei denen es sich um eine Fraktur an dem Oberschenkel handelte, der jedoch bei der Wendung und Extraktion des Kindes nicht berührt worden war.

Im ersten Falle lag eine zweite Gesichtslage mit Nabelschnurvorfall be plattem Becken vor. Es wird mit der rechten Hand das Kind auf den linken linken Fuß gewendet, an dieśem extrahiert, wobei der rechte Oberscheokel an dem kindlichen Körper hinaufgeschlagen geboren wird; der nach der Armlösung noch hochstehende Kopf wird mittels Martin-Wiegandschen Handgriffs entwickelt. Beim Baden des etwas asphyktischen, 3050 g schweren Kindes zeigt sich, daß der rechte Oberschenkel etwa an der Grenze von oberem und mittlerem Drittel gebrochen ist. Wann und wie diese Fraktur zustande kam, ist vollkommen unklar, da die Wendung und Extraktion ohne irgendwelche Schwierigkeit gelang.

Im zweiten Fallc lag eine zweite dorso-anteriore Querlage vor. Das 3770 g schwere Kind wurde mit der rechten Hand auf den linken Fuß gewendet. Bei der Extraktion machte sich, als das linke Knie bereits geboren war, ein leichter Widerstand geltend, der durch etwas kräftigeren Zug nach abwärts überwunden wurde. Dabei hörte man ein dumpfes Knacken. Die weitere Entwicklung ging ganz glatt; das rechte Bein wurde vollständig an den Rumpf hinauf ausgestreckt geboren und zeigte an der Grenze vom oberen und mittleren Drittel des Oberschenkels eine deutlich krepitierende Fraktur.

Bezüglich der Entstehung dieser Verletzungen denkt man zunächst daran, daß es sich um einen technischen Fehler des Geburtshelfers gehandelt hat. Im ersten Falle ist nach Verfassers Ueberzeugung ein solcher vollständig ausgeschlossen. Im zweiten Falle macht sich Verfasser den Vorwurf, daß er, als sich bei der Extraktion ein Widerstand bemerkbar machte, nicht noch einmal

nachfühlte, ob dieser nur durch die Größe des Kindes bezw. die Enge der Weichteile oder aber durch eine falsch liegende Extremität bedingt wurde.

Verfasser teilt dann aus der Literatur noch zwei ähnlich gelagerte Fälle von Gruwell und Davidson mit, in denen diese Beobachter bestimmt angeben, daß der die Fraktur begleitende Krach während einer Wehe erfolgte, ohne daß an dem Kindskörper gezogen wurde. Es handelte sich also dabei um Spontanfrakturen, die für die Beurteilung der Fälle des Verfassers insofern wertvoll sind, als sie einerseits beweisen, daß ein Uebermaß an Kraft bei der Extraktion nicht aufgewendet zu werden braucht, um eine solche Fraktur zu bewirken, anderseits sich daraus Schlüsse auf den Entstehungsmechanismus der vom Verfasser beobachteten Frakturen ziehen lassen.

Nach dem Röntgenbild war der Bruch im ersten Falle ein einfacher Schrägbruch bezw ein Biegungsbruch, der Bruch im zweiten Falle ein deutlicher Spiralbruch bezw. eine Torsionsfraktur. Verfasser glaubt nun, daß ersterer so zustande gekommen, daß sich bei dem engen Becken — Conjug. vera von 8,25—8,5 — das Bein vielleicht am Promontorium anstemmte, während der Steiß auf dem linken horizontalen Schambeinast der Mutter fixiert wurde, und bei der Extraktion der Oberschenkel einknickte. Die Torsionsfraktur dagegen dürfte so zustande gekommen sein, daß bei der Wendung der rechte Fuß bei gebeugtem Oberschenkel und Knie mit der Sohle auf die Linea innominata geriet, sich bei der Extraktion erst hier fest anstemmte und nun bei der Drehung des kindlichen Rückens nach links unter dem fortdauernden Zug der Oberschenkel gebrochen wurde. Die Fälle sind forensisch nicht uninteressant, besonders in unserer heutigen Zeit, in der sich jeder der Haftpflicht des anderen so wohl bewußt ist. Dr. Waibel-Kempten.

B. Gerichtliche Psychiatrie.

Beitrag zur Kenntnis der Glykosurie bei Geisteskranken. Von S. Mita in Tokio. Monatsschrift für Psychiatrie; 32. Bd., 2. H.

Mita untersuchte den Urin einerseits von Kranken in einem Depressionszustande und anderseits von denjenigen, die vollkommen von Angst frei waren. Unter 35 Kranken der ersten Gruppe konnte er im Ganzen 8 mal Glykosurie konstatieren. Was die einzelnen Krankheitsformen anlangt, so handelte es sich:

1. zweimal um hysterische psychopathische Konstitution und zwar in dem einen Fall um paranoide, im anderen um affektiv-depressive;
2. zweimal um Neurasthenie, von denen die eine nur von Depressions-, die andere außerdem von hypochondrischen Vorstellungen begleitet war;
3. zweimal um zirkuläres Irresein und
4. je einmal um Dipsomanie und Melancholie.

Alle diese Fälle zeigten kein einziges der gewöhnlichen Symptome von Diabetes.

Unter den 21 Kranken der zweiten Gruppe wurde Zucker nur in einem Fall von alkoholistischer psychopathischer Konstitution im Harn konstatiert. — Der Verfasser glaubt, daß seine Untersuchungen gestatten, einen gewissen Zusammenhang zwischen den beiden Erscheinungen, der Glykosurie und den Angstzuständen als solche unabhängig von der Grundkrankheit anzunehmen.

Dr. Többen.

Statistische und klinische Beobachtungen über Veränderungen im Vorkommen und Verlauf der progressiven Paralyse in Elsaß-Lothringen. Von Oberarzt Dr. Joachim in Stephansfeld. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie; 69. Bd., Heft 4.

Joachim faßt die Aenderungen in dem Vorkommen und Verlauf der progressiven Paralyse wie folgt zusammen.

Im allgemeinen ist die Frage nach solchen Veränderungen mit Ja zu beantworten, und zwar zeigten sich solche:

1. bei der Zahl der aufgenommenen männlichen Paralytiker; sie ist im Verhältnis zu den Gesamtaufnahmen allmählich gesunken;
2. bei der Verteilung der männlichen Paralysen auf die einzelnen Kreise

des Landes; es ließen sich nicht unwesentliche Verschiebungen hier nach weisen;

3. bei Verteilung der männlichen Paralysen auf die Berufe; ein wenn auch geringes Vordringen in die niederen Schichten ist unverkennbar;
4. bei dem Anteil der Ledigen an der Erkrankung, der eine Steigerung erfahren hat;
5. bei der Dauer der Erkrankung, die eine aber nur geringe Verlängerung aufweist;
6. bei dem ätiologischen Faktor, dem Potus, der deutlich seltener in der Anamnese erscheint;
7. bei der Erscheinungsweise der Paralyse; die dementen Formen sind häufiger als die übrigen;
8. Anfälle scheinen seltener aufzutreten;
9. Remissionen sind ein häufigeres Vorkommnis geworden;
10. Tabes scheint sich häufiger mit der Paralyse zu vergesellschaften.

Dr. Többen-Münster.

Drei Fälle von Spätgenesung. Von Med.-Rat Dr. Kreuser-Winnental. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie; 69. Bd., Heft 4.

Allen drei Fällen gemeinsam ist die Herkunft der Kranken aus besseren Familien, in denen die Ansprüche auf Wiederherstellung nicht unerheblich sind. Ist die Probezeit in den beiden letzten Fällen auch noch eine verhältnißmäßig kurze, so beträgt sie doch 2 und 3, im ersten Falle sogar über 9 Jahre seit dem Austritt aus der Anstalt. Daß die Wiederanpassung an die Verhältnisse des bürgerlichen Lebens nicht ganz ohne Schwierigkeiten erfolgt ist, wird niemanden befremden. Gelungen ist sie in allen drei Fällen; deshalb glaubt Kreuser auch von Genesungen sprechen zu dürfen, selbst wenn die Krankheitseinsicht den allerstrengsten Anforderungen nicht genügen sollte. Alle 3 Patienten standen noch in der Vollkraft der Jahre und hatten in ihrem Leben bemerkenswerte Leistungen aufzuweisen, deren Ueberspannung im zweiten Falle akut, im ersten und dritten allmählich zur Erkrankung geführt hatte. Sowohl die depressiven Erscheinungen im ersten Falle, wie die exakaltativen in den beiden anderen Fällen mußten als ungewöhnlich schwere bezeichnet werden. Trotz der ungewöhnlich langen Dauer der Krankheitserscheinungen war in allen Fällen die Möglichkeit einer günstigen Prognose stets aufrecht erhalten worden; waren doch unzweideutige Anzeichen geistigen Zerfalles nicht nachweisbar gewesen und nicht unwichtige Seiten der geistigen Tätigkeir immer noch leidlich erhalten geblieben. Der Ausbruch der Krankheit war jeweils unter Umständen und unter Erscheinungen erfolgt, die ihren Wiederausgleich nicht ausschließen lassen durften.

Dr. Többen-Münster.

Der Selbstmord auf sexueller Basis. Von Prof. Dr. Asnaurow. Sexualprobleme; 1912, Nr. 9.

Daß fast bei jedem Selbstmorde jüngerer Personen das sexuelle Element eine direkte oder indirekte Rolle spielt, liegt beim Studium der einzelnen Fälle im Leben und Literatur auf der Hand. Aber auch ein Teil der Selbstmorde im reifen Alter sind auf sexuelle, oft indirekte Gründe zurückzuführen; ebenfalls können wir den Selbstmord aus Lebensüberdruß als Hypertrophie psychosexueller Funktionen betrachten und zum Selbstmord auf sexueller Basis rechnen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Zur ärztlichen Begutachtung von Sittlichkeitsverbrechen. Von Dr. Friedr. Leppmann. Aerztl. Sachv.-Zeitung; 1912, Nr. 10.

Bei Anklagen wegen unzüchtiger Handlungen bei Kindern unter 14 Jahren wird viel zu selten der ärztl. Sachverständige hinzugezogen, obwohl diese Straftaten überaus häufig von Personen begangen werden, die sich im Zustande der Unzurechnungsfähigkeit befinden oder wenigstens vermindert zurechnungsfähig sind. Zweifellos würde bei häufigerer Zuziehung des ärztl. Sachverständigen mancher Fehlspruch vermieden werden können. Die Schwierigkeit der Beurteilung, die in manchen Fällen zu überwinden ist, wird alsdann vom Verf. ausführlich an einem Beispiel gezeigt. Der geschilderte Fall hat vielfache Beziehungen zu Krafft-Ebings „Paedophilia erotica“, jener geschlechtlichen

Verkehrtheit, von welcher Krafft-Ebing nur 4 Beispiele gesehen hat. Verf. hat aus eigener Erfahrung einen ähnlichen Standpunkt gewonnen, wie der erfahrene Wiener Forscher ihn zwischen Fetischismus u. Paedophilia erotica einnimmt. Er vermehrt die Kasuistik durch die Schilderung zweier weiterer Fälle. Beide betreffen rückfällige Kinderschänder, die sonst unbescholtene, in ihrem Berufe tüchtige Leute sind und dem Jugendalter längst entwachsen waren.

Dr. Dörschlag-Bromberg.

Zur Psychologie jugendlicher Krimineller. Von Gustav Major in Zionsdorf bei Nürnberg. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie; 1912, Bd. XXXI, Ergänzungsheft.

Vier Wege sind es, auf denen Jugendliche straffällig werden: Genußsucht, geistige Minderwertigkeit und Krankheit, schlechte Gesellschaft und Faulheit. Die hohen Prozentsätze der Minderwertigen unter den Fürsorgezöglingen und die Tatsache, daß viele erwachsene Verbrecher durch die Fürsorgeanstalten gegangen sind, legen uns die Pflicht der Heilbehandlung der anormalen Zöglinge auf. Der Staat braucht nicht mehr abwartend am Wege zu stehen, um auf die Ergebnisse der Heilpädagogik zu warten. Die Heilpädagogen haben die Feuertaufe längst bestanden; mag der Staat ihre Normen übernehmen zum Wohle der Jugend und des Vaterlandes durch Hebung der Volksgesundheit, Volkssittlichkeit und Volkswehrkraft. Wenn der Staat einmal in Spezialanstalten die defekten Jugendlichen behandelt und zur Gesundung führt, so bleibt doch immer noch ein stattliches Heer übrig, das nach vollendetem 21. Lebensjahre der Gesellschaft nicht als gebessert oder gesund zurückgegeben werden kann. Diese Individuen bedürfen lebenslänglich einer sicheren Führung und Leitung; dies muß geschehen in Anstalten, die als freie Arbeitsgemeinschaften der Entfaltung der Kräfte des einzelnen weiteren Spielraum lassen. Wenn wir so prophylaktisch das Problem der jugendlichen Kriminalität zu lösen suchen, haben wir begründete Hoffnung auf wirksame Bekämpfung.

Dr. Többen-Münster.

Einige Gutachten über bestrittene Vertragsfähigkeit bez. Testierfähigkeit. Von Prof. Dr. H. Gudden-München. Friedreichs Blätter; 1912, Heft 3—4.

I. Gutachten: Nach den Beobachtungen des Arztes der Frau M. und den Bekundungen ihrer Nichte ist mit Sicherheit anzunehmen, daß bei der M. sich seit ihrem 65. Jahre die Erscheinungen des fortschreitenden Altersschwachsinns oder der senilen Demenz eingestellt hatten, welche die M. unfähig machten, ihr Geschäft in geordneter Weise weiterzuführen. Das Geschäft mußte um so rascher abwärts gehen, als Frau M. kaufmännisch nicht gebildet war und bezüglich ihrer Verpflichtungen und Guthaben sich nur auf ihr Gedächtnis verließ, das eben, wie bei der senilen Involution regelmäßig beobachtet wird, seine Dienste mehr und mehr versagte. Mitte Februar setzte bei Frau M. eine bedenkliche Herzschwäche ein damit traten bei ihr auch akute, vorher nicht bestandene psychische Störungen auf. Vor allem machten sich, wie aus der Schilderung des Dr. H. zu entnehmen ist, Zustände tiefer Benommenheit des Bewußtseins bemerkbar, abwechselnd mit ablehnender Verstimmung und nächtlicher Unruhe. In den Tagen vom 15. bis 20. Februar 1904 war die M. entschieden völlig geschäftsunfähig. Danach hat sie sich jedoch geistig wie körperlich für kurze Zeit erholt. Das geht sowohl aus der Aussage des Amtsrichters W. hervor, der mit ihr ungefähr am 20. Februar 1904 verhandelte, und daraus, daß sie am 22. Februar imstande war, mit dem Kaufmann Schw. nach Sch. zu fahren. Jedenfalls sind die Gründe, welche zur Errichtung der Hypothek führten, einwandfrei; auch die Bestellung der Hypothek ist unter Wahrung aller Rechtsformen vor sich gegangen, so daß es für die Beurteilung des Geisteszustandes der M. gleichgültig ist, ob der Vorschlag betreffend die Hypothek von der M. oder von Schw. geschah. Wenn die M. trotzdem bei der notariellen Beurkundung einen gleichgültigen Eindruck machte, so ist diese Gleichgültigkeit als natürliche Ermüdungserscheinung zu erklären, welche die M. nach der längeren Verhandlung mit Schw. und der für sie sicherlich anstrengenden Fahrt von A. nach Sch. aufwies. Ende Februar, spätestens am 1. März 1904 erlitt die M. einen neuerlichen, schweren Krankheitsrückfall, der am 2. März die

telegraphische Berufung ihrer Nichte, der Frau L., zur Folge hatte. Frau M. erkannte ihre Nichte erst gar nicht. Nach dem schweren Krankheitsbild, das die M. nunmehr wieder darbot, lassen sich ihre Aeußerungen am 2. März oder einem der nächsten Tage über das Zustandekommen der Hypothek (sie sei gedrängt worden, wisse nicht, wie sie dazu komme) nicht dahin verwerten, daß sie die Vorgänge vom 22. Februar zutreffend reproduzierte. Diese Aeußerungen stellen sich vielmehr als Ausdruck ihres neuerlich krankhaft und wahnhaft ablehnenden Verhaltens dar analog demjenigen bei ihrem ersten Anfall von Herzschwäche, wo sie bei den Besuchen des Arztes von Mißtrauen erfüllt war und die Medizin als Gift zurückwies. Verfasser gibt dahin sein Gutachten dahin ab: Die Frau M. hat sich zwar in den letzten Monaten ihres Lebens in einem Zustand von „Geistesschwäche“ im Sinne des B. G. B., vorübergehend auch vom 15. bis 20. Februar 1904 in einem ihre freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden („Geisteskrankheit“ im Sinne des B. G. B), jedoch kann für den 22. Februar 1904 ihre freie Willensbestimmung nicht als vollkommen aufgehoben im Sinne des § 104 B. G. B. erachtet werden.

II. Gutachten: Johann M. hat in den letzten Jahren seines Lebens an Altersschwachsinn oder seniler Demenz gelitten. Auf Grund der Zeugenaussagen, von denen namentlich diejenige der Frau S. sich auf tägliche Beobachtungen stützen zu können scheint, muß angenommen werden, daß die ersten ausgeprägten Krankheitserscheinungen in Form von Vergeßlichkeit, Abnahme der Merkfähigkeit für die Eindrücke der jüngsten Vergangenheit, übertriebenem Geiz und Mißtrauen gegen die Umgebung sich im Jahre 1903 geltend gemacht haben. Bereits im Sommer 1903 traten wiederholt kürzere und längere, bis zu mehreren Tagen dauernde Erregungszustände bei M. auf, in denen er Wahnvorstellungen der Beeinträchtigung äußerte, sich hintergangen, bestohlen oder sonst bedroht glaubte; man wolle ihn aus der Gemeinde verdrängen. Im September 1903 ging M. mit seinen Wertpapieren schon höchst unvorsichtig um. Diesen Beobachtungen stehen jedoch andere gegenüber, die nicht minder glaubwürdig sind, weil sie z. T. von den gleichen Zeugen stammen, wonach M. trotz seiner Vergeßlichkeit und seines kindisch gewordenen Wesens zuweilen ganz gute Tage hatte (S. und Schw., deren Beobachtungen noch in die Zeit nach der Testaments-Errichtung reichen) und daß er sich auch Belehrungen und Aufklärungen nicht unzugänglich erwies (Pr. B.). Seit Mitte Oktober 1903 stellten sich bei M. zeitweise, vielleicht mit Alkoholexzessen zusammenhängend, schwerere Einengungen des Bewußtseins und der Orientierung ein; etwa im Februar oder März 1904 war die Verblödung bei M. soweit fortgeschritten, daß er keinerlei Verständnis mehr für seine Person und die Verhältnisse der Umgebung hatte. Für die Beurteilung des Geisteszustandes des M. zur Zeit der Testamentserrichtung ist noch von Wichtigkeit die Bekundung des Zeugen St.: M. sei damals „geistig vollständig beisammen gewesen“ und vom Notar gefragt worden, ob er seinen Verwandten nichts vermachen wolle, worauf M. sagte, diese hätte ihre Sache schon; ferner die Aussage des Försters K., dem M. „später“, also kaum vor Ende Oktober (da K. dem M. erst 2 Wochen nach seinem Einzug in N. kennen lernte und M. sich dem K. gegenüber anfangs ziemlich „schüchtern“ benahm) von dem Inhalt seines Testaments Mitteilung gemacht haben soll. Wenn man berücksichtigt, daß M. kinderlos war und zu den klägerischen Verwandten offenbar nur sehr seltene Beziehungen unterhielt, die anscheinend erst in den letzten Jahren in Erwartung des Erbes aufgefrischt wurden, enthalten die Bestimmungen des Testaments nichts, was nicht auch ein geistig völlig Gesunder hätte tun können. Gewiß war die geistige Hinfälligkeit des M., die Abnahme seines Gedächtnisses wie die Einengung seines Interessenkreises und Verlangsamung seines Vorstellungsablaufs schon um die Mitte des Jahres 1903 eine solche, daß er damals sehr hilfsbedürftig und in seiner Geschäftsfähigkeit erheblich beschränkt war, also bereits zu jener Zeit seine Entmündigung wegen „Geistesschwäche“ angezeigt und gerechtfertigt gewesen wäre. Der Krankheitsprozeß verschlimmerte sich jedoch erst bis zum Frühjahr 1904 zu dem Grade, daß M. als gänzlich und dauernd geschäftsunfähig zu erachten war. Für die Annahme, daß M. zur Zeit der Testamentserrichtung sich in einem Erregungszustand befand, wie er ihn seit Sommer 1903 mehrfach hatte, hat sich kein Anhaltspunkt ergeben. Verfasser gibt daher sein Gutachten dahin ab: Es läßt sich nicht nachweisen, daß Johann

M. sich bereits am 3. Oktober 1903 in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden hat.

III. Gutachten: Der Untersuchte läßt gegenwärtig nur noch eine leichte gemütliche Depression erkennen; man ist daher bezüglich der Beurteilung seines Geisteszustandes und seiner Geschäftsfähigkeit zur Zeit der Vertragsschlüsse auf die Schilderung der Zeugen und die damaligen ärztlichen Beobachtungen angewiesen. Nach diesen kann es keinem Zweifel unterliegen, daß E. Ende 1905 bezw. Anfang 1906 an einer ausgesprochenen melancholischen Geistesstörung erkrankte, welche ihre Hauptursache in beginnendem Senium des E. hatte und im Anschlusse an eine nervöse Erkrankung (Gürtelrose) zum Ausbruch kam. Die Berichte über diean dauernde und lebhafte Angst des E., seine innere Unruhe, seine offenbaren Wahnvorstellungen, alles sei verloren, die Ernte sei dahin, er gehe darauf etc., geben in geradezu klassischer Weise das Bild der senilen Melancholie wieder. Die wissenschaftliche Erfahrung lehrt, daß derartige Kranke in ihrem Vorstellungsablauf auf das äußerste beeinträchtigt sind und völlig unter dem Eindruck ihrer traurigen Gefühle und ängstlichen Wahnideen stehen und handeln. Infolge der schweren Gemütsverstimmung erscheint ihnen alles in trübstem Licht; das Urteil und die Kritik gehen verloren. Alle Gegenreden und Vernunftsgründe, die man den Kranken vorhält, erweisen sich als nutzlos und vermögen ihre verzweifelte Stimmung nicht zu beseitigen. Das schließt jedoch nicht aus, daß die Kranken, namentlich Fremden gegenüber, sich auf kurze Zeit äußerlich zusammennehmen, ihren Jammer zurückdrängen und einen geordneten Eindruck machen. Ebenso beobachtet man bei Melancholikern häufig, daß sie sich gegen ihre ängstlichen Wahnvorstellungen und Gefühle gewissermaßen zu wehren suchen, indem sie immer wieder betonen, sie könnten ja gar nicht so schlecht sein, oder es sei ja unmöglich, daß alles über ihnen zusammenbreche. Freilich sind alle diese Selbsteinwände vergeblich, sie vermehren nur die Selbstmarterung der Kranken und erhöhen ihre krankhaft wahnhafte Ueberzeugung der Hilflosigkeit und des Verlorenseins. Das Benehmen des Untersuchten illustriert in schlagendster Weise diesen krankhaften Zwang und die Beherrschung durch melancholische Wahnideen des unvermeidlichen Zusammenbruchs. Er suchte, ohne daß er in Wirklichkeit in Not und Bedrängnis war, durch Verkauf seines Anwesens zu retten, was noch zu retten war. Er sah nur Kummer und Elend vor sich, war nicht fähig, die tatsächliche Lage der Dinge objektiv zu überblicken und zu würdigen; ebensowenig war er fähig, die Bedeutung der von ihm unterschriebenen Verträge zu begreifen und abzuschätzen, da ja sein ganzes Denken und Handeln von krankhaften melancholischen Vorstellungen erfüllt war. Der Krankheitszustand des E. in der ersten Hälfte des Jahres 1906 war ein solcher, daß es sich nicht um „Spuren von Schwachsinn“ handelte, sondern um eine ausgeprägte akute wohlcharakterisierte Geisteskrankheit. Verfasser gibt daher sein Gutachten dahin ab: E. befand sich zur Zeit des Vertragsabschlusses vom 28. März bezw. 22. Mai 1906 in einem Zustand, der ihn die Tragweite seiner Handlungen nicht erkennen ließ. Er war in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Die Behandlung psychopathisch minderwertiger Strafgefangener jetzt und nach dem Vorentwurf zu einem neuen Strafgesetzbuch. Von San.-Rat Dr. Staiger-Hohenasperg. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie; Bd. 69, Heft 4.

Staiger faßt seine Ausführungen dahin zusammen, daß die Mehrzahl der geistig minderwertigen Gefangenen im geordneten Strafvollzug belassen werden kann, ohne diesen zu stören und ohne anderseits selbst Schaden zu erleiden. Ein kleiner Teil benötigt insofern eine gewisse Berücksichtigung, als er der Unterbringung in Invalidenstrafanstalten, und Epileptikeranstalten bedarf. Ein sehr kleiner Prozentsatz kommt für die Irrenabteilungen in Betracht Ein Bedürfnis nach Sonderabteilungen für geistig minderwertige Gefangene, etwa mit der Bestimmung, alle oder auch nur den größten Teil der geistig Minderwertigen aufzunehmen, liegt nicht vor. Wenngleich Referent im großen und ganzen mit dem Verfasser übereinstimmt, so ist er dennoch der Ansicht, daß gerade diese Sonderabteilungen, in denen ein großer Teil unserer Minderwertigen in Zukunft unterzubringen sein wird, ein unabweisbares Bedürfnis ist.

Dagegen kann er aus voller Ueberzeugung die Behauptung Staigers bestätigen, daß nicht im Strafvollzug, sondern in der unzweckmäßigen Strafzumessung die Hauptschwierigkeit in der Behandlung der geistig Minderwertigen liegt. Sehr berechtigt ist die Stellungnahme des Referenten zu der im § 63 des Vorentwurfs zu einem neuen Strafgesetzbuch vorgesehenen Unterbringung der geistig minderwertigen Verbrecher nach Ablauf der gegen sie erkannten Strafe in einer öffentlichen Heil- oder Pflegeanstalt, wenn solches die öffentliche Sicherheit erfordert. Diese vom Vorentwurf vorgeschlagene Art der Verwahrung wird an dem einmütigen Widerstande der Irrenanstalten scheitern, da die Minderwertigen doch keine Geisteskranken sind. Es bleiben dann für die Unterbringung dieser Minderwertigen nur zwei Möglichkeiten, entweder ihre Verwahrung in Zentralanstalten oder die Belassung in den Strafanstalten.

Dr. Többen-Münster.

C. Sachverständigentätigkeit in Unfall- und Invaliditätssachen.

Die Verwendung psychophysischer Methoden bei der Begutachtung von Unfallnervenkrankheiten. Von Prof. Dr. Sommer-Gießen. Zeitschrift für Bahnärzte; 1912, Nr. 7.

In Betracht kommen die Methoden, die sich auf eine

1. genauere Darstellung der Bewegungserscheinungen am lebenden Menschen im physiologischen und pathologischen Zustand,
2. genaue Messung und differentialdiagnostische Verwertung von psychologischen Methoden beziehen.

Besonders anzuwenden sind diese Methoden bei

1. psychisch-nervösen Störungen nach Unfällen oder mechanischen Schädigungen des Nervensystems,
2. ausgeprägten Geistesstörungen, die entweder den Charakter vorübergehender Anfälle oder die Verlaufsart konstanter oder fortschreitender geistiger Schwächezustände an sich tragen.

Auf 4 Anwendungsformen geht der Verfasser näher ein:

1. die Untersuchung der Zittererscheinungen,
2. die Untersuchung der Kniereflexe mit fortlaufender Registrierung,
3. die Aufnahme von Haltungskurven,
4. die psychophysische Untersuchung der geistigen Einzelfunktionen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Unfall durch Blitzwirkung. Von Prof. Dr. E. Meyer-Königsberg i. Pr. Aerztl. Sachverständigen-Ztg.; 1912, Nr. 15.

Während eines Gewitters im Juni 1912 stürzten drei bei einem Neubau beschäftigte Arbeiter gleichzeitig ab, als ein sogenannter „kalter Schlag" in ihrer unmittelbaren Nähe stattfand. Durch den Fall erlitt 1) der Arbeiter R. eine Fraktur der Halswirbelsäule, 2) der Arbeiter N. Fraktur mehrerer Rippen, 3) Arbeiter G. Basisfraktur.

Bei allen drei Verletzten war eine „echte Blitzwirkung", d. h. Uebergang der Elektrizität auf den menschlichen Körper nicht nachzuweisen, konnte aber auch nicht ausgeschlossen werden.

Besonders bemerkenswert kommen dem Verfasser psychopathologisch die Angaben der Verletzten über ihre Empfindungen vor resp. in dem Moment des Sturzes und die Verschiedenheit in der Störung des Gedächtnisses für die Unfallszeit.

Unfall im Sinne des Gesetzes lag zweifellos vor, da nach Entscheidung des Reichsversicherungsamts sowohl die im Freien, als auch im geschlossenen Raume vom Blitz Getroffenen einer im einzelnen nicht immer nachzuweisenden Blitzgefahr ausgesetzt waren. Dr. Dörschlag-Bromberg.

Salpetersäurevergiftung (?) als Unfallfolge anerkannt. Mitgeteilt von Dr. J. Köhler-Berlin. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; Nr. 10 und 12.

Rauchvergiftung und Salpetersäurevergiftung sind oft identisch, weil sich beim Verbrennen organischer Substanzen, besonders von Lumpen, Salpetersäure entwickelt. Dämpfe von salpetriger Säure und anderen Nitrosen entstehen, wenn Salpetersäure sich frei ergießt, insbesondere wenn sie mit Holz- und Metallteilen in Berührung kommt, z. B. wenn Sägespäne in vergossene Salpeter-

säure geschüttet werden. Charakteristisch für akute Vergiftung durch Nitrogase ist das späte Auftreten (z. B. nach Tagen) der Beschwerden: **Atemnot**, Hustenreiz, Brustschmerz, Mattigkeit — bei spärlichem objektiven Befunde; in schweren Fällen kann der Tod in wenig Stunden erfolgen. Im späteren Verlauf zeigen sich allmähliche Abmagerung, motorische Schwäche, nervöse Beschwerden, Pupillendifferenz, Reflexstörungen, Augenmuskellähmung, reiche Schweißbildung und Abnahme des Blutfarbstoffes. Dr. Wilcke-Genthin.

Laboratoriumsinfektion der Lungen durch Tuberkelbazillen (in Bouillonkultur) als Unfallfolge? Von Prof. Dr. Fürbringer-Berlin. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen; 1912, Nr. 6.

Ein 28jähriger gesunder Arbeiter K. war Ende des Jahres 1907 mit dem lebende Tuberkelbazillen einschließenden Inhalt einer Flasche infolge Zerbrechens derselben übergossen worden: zwei Jahre später erkrankte er an Lungentuberkulose. — Verfasser verneint den Zusammenhang; ein solcher könne nur dann angenommen werden, wenn wenigstens im Frühjahr oder Sommer 1908 die ersten Anzeichen von Lungentuberkulose aufgetreten wären, was aber nicht der Fall gewesen sei, da nachweislich im Jahre 1908 Zeichen von Lungentuberkulose noch nicht nachgewiesen worden seien, sondern sich erst nach Ablauf von 2 Jahren eingestellt hätten.

Dr. R. Thomalla-Altena-Lüdenscheid.

Begutachtung über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Trauma und Lungentuberkulose. Von Dr. Salzmann-Allenstein. Zeitschrift für Bahnärzte; 1912, Nr. 9.

Der Verfasser berichtet über einen Unfall, bei dem ein Eisenbahnassistent einen Stoß gegen den Rücken und die rechte Schulter erhalten hatte; nach 16 Tagen bekam er einen Blutsturz. Da die Gutachten sich widersprachen, gab die Mediz. Universitätsklinik in Königsberg i. Pr. folgendes Gutachten ab:

Bei der Begutachtung des vorliegenden Falles sind drei Fragen zu ventilieren:

1. Ist das tuberkulöse Lungenleiden des p. St. an sich eine Folge des Unfalls am 11. August 1908?

2. Ist die am 27. August 1908 erfolgte Lungenblutung durch den Unfall herbeigeführt?

3. Hat der Unfall eine nachweisbare Verschlimmerung des Lungenleidens des p. St. zur Folge gehabt?

ad 1. Daß das tuberkulöse Lungenleiden des St. eine Folge des Unfalls vom 11. August 1908 ist, scheint ausgeschlossen.

ad 2. Wenn eine Lungenblutung erst 16 Tage nach dem Unfall erfolgt, kann man weder die mechanische Schädigung, noch die Blutdrucksteigerung dafür verantwortlich machen.

ad 3. Ein akutes Fortschreiten eines tuberkulösen Prozesses infolge einer mechanischen Schädigung eines alten tuberkulösen Herdes ist denkbar. Solche akuten Schübe der tuberkulösen Lungenerkrankung pflegen jedoch im Krankheitsbilde des betreffenden Patienten sehr deutlich zum Ausdruck zu kommen. Die Patienten erkranken dann meistens mit ziemlich schweren allgemeinen und lokalen Symptomen; sie bekommen Fieber, stärkeren Husten, Atembeschwerden und sind im allgemeinen nicht fähig, einen geregelten Dienst zu versehen. Von einer solchen Krankheitsepoche im Anschluß an die Verletzung vom 11. August 1908 ist im vorliegenden Falle nichts bekannt. Der Betreffende ist von der Blutung 16 Tage später mitten in der Arbeit überrascht worden. Auch später nach der Lungenblutung war das Befinden einstweilen kein besonders schlechtes. Er selbst lehnte die Behandlung in einer Lungenheilanstalt zunächst ab; im August 1909 gab er sogar an, ganz beschwerdefrei zu sein. Unter diesen Umständen ist es unwahrscheinlich, daß der Unfall vom 11. August 1908 eine Verschlimmerung des Lungenleidens des p. St. herbeigeführt hat. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Lungenblutung keine Unfallfolge. Von Prof. Dr. Thiem-Cottbus. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen; 1912, Nr. 4.

Ein Arbeiter gab an, beim Tragen einer Formplatte die 134 kg wog und

die er mit 8 anderen Arbeitern trug, sich überhoben und später Lungenblutung bekommen zu haben. Während Dr. M. annahm, daß durch die Lungenblutung eine Verschlimmerung eines bereits vorhandenen Lungenleidens eingetreten sei, kam Dr. E. Fr. zu der merkwürdigen Schlußfolgerung, daß die Ansicht des Dr. M. jeder sachlichen und wissenschaftlichen Unterlage entbehre, weil derartige Fälle von Lungenblutung im Gegenteil eine gute Heilaussicht für die Zukunft eröffneten. Verfasser tritt den Ausführungen des Dr. E. Fr. entschieden entgegen, kommt jedoch auf ganz anderem Wege als Dr. E. Fr. ebenfalls zur Ablehnung der Unfallansprüche. Dr. R. Thomalla-Altena Lüdenscheid.

Die Ueberschätzung von Rippenbrüchen in der Unfallbegutachtung. Von Dr. Erwin Frank. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; Nr. 11.

Die Häufigkeit der Rippenbrüche wurde und wird auch heute noch häufig überschätzt. Das Inkrafttreten der Unfallversicherungsgesetzgebung vermochte hier mit und ohne Zuhilfenahme des Röntgenverfahrens klärend zu wirken.

Verfasser schildert in eingehender Weise einen Fall, in dem ein Verletzter auf Grund der Gutachten von Autoritäten auf dem Gebiete der wissenschaftlichen Unfallheilkunde nahezu 24 Jahre hindurch die Vollrente im Grunde zu Unrecht bezogen hatte. Im Anschluß hieran entwickelt er diejenigen Gesichtspunkte, die für die Anerkennung eines schweren Rippenbruches mit einer die 13. Woche überschreitenden Erwerbsunfähigkeit erforderlich sind:

1. Ein erhebliches, gut lokalisiertes und direktes Trauma, bei Arbeitern in der Regel jenseits der 30ger Jahre.

2. Auftreten unverkennbarer, objektiver Erscheinungen alsbald nach dem Unfall und sofortige Arbeitsunterbrechung.

3. Kontrolle des äußerlich festgestellten Befundes durch die Durchleuchtung, die jedoch einen erfahrenen, differential-diagnostisch und technisch gleich gut geschulten Beobachter verlangt. Dr. Dörschlag-Bromberg.

Ueber Lähmung des Nervus suprascapularis durch Unfall. Von Dr. Kurpjuweit-Swinemünde. Aerztliche Sachverständigen-Zeitung; Nr. 7.

Isolierte Lähmungen des Nervus suprascapularis sind relativ seltene Unfallsfolgen; in der Literatur sind nur 8 Fälle dieser Art beschrieben worden.

Verfasser teilt alsdann eine eigene Beobachtung mit, in der ein Maurer-Handlanger, in einem Kasten Mörtel auf der linken Schulter tragend, stolperte und hinfiel. Der Kasten stieß dabei ruckartig auf die linke Schulter und glitt dann auf den linken Oberarm; hierbei hat höchstwahrscheinlich der Nervus suprascapularis durch den Mörtelkasten einen direkten Druck erfahren.

Verfasser vergleicht nun den von ihm beobachteten Fall mit dem von Thiem geschilderten und bespricht die Aehnlichkeiten und Unähnlichkeiten zwischen beiden Verletzungen. Dr. Dörschlag-Bromberg.

Krebs und Unfall. An einem Gutachten erläutert von Prof. Dr. Thiem-Cottbus. Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen; 1192, Nr. 4.

Ein Schlosser wurde von einem anderen auf die rechte kleine Zehe getreten, die von einem früheren Unfall noch nicht geheilt war. Es erfolgte Behandlung, Abnahme der Zehe, krebsige Erkrankung in den rechten Leistendrüsen, wobei man am rechten Unterschenkel, dicht unterhalb des Knies beginnend an der Innenseite des rechten Beins, dem Verlauf der Hauptlymphgefäße entsprechend bis zur Schenkelbeuge, einen durchschnittlich daumendicken, derben, mit der Umgebung, z. T. auch mit der Haut verwachsenen Strang fühlen konnte. In interessanter Weise führt nun Verfasser den Beweis, daß es sich bei dieser Erkrankung um Krebs handelt und daß die ursprüngliche Krebsgeschwulst nur in der amputierten kleinen Zehe gesessen habe, von wo Partikelchen durch die Lymphbahnen nach der Leistengegend verschleppt worden sind.
Dr. R. Thomalla-Altena-Lüdenscheid.

Ueber akutes traumatisches Entstehen einer Retroflexo uteri. Von Privatdozent Dr. Rob. Ziegenspeck in München. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 30.

Fall auf das Gesäß oder heftigste Steigerung des intraabdominalen Druckes bei Unglücksfällen werden sowohl von Schultze, als von Fritsch

als gelegentliche Ursachen akut entstandener Retroflexionen angegeben. Auch Verfasser kann über einen derartigen selbst beobachteten Fall berichten. Ein von ihm schon wiederholt und gerade auch zur Unfallzeit behandeltes 28 jähr. Fräulein erhielt beim Aussteigen aus der elektrischen Straßenbahn einen kräftigen einseitigen Bewegungsimpuls nach links vorn und fiel dann sehr kräftig auf das Gesäß. Die danach vorgenommene Untersuchung ergab hochgradige Empfindlichkeit der gesamten Beckenorgane und den Fundus des Uterus nach rechts hinten, die Portio nach links vorn liegend.

Sofortige Reposition des verlagerten Organs gestalteten den weiteren Verlauf günstig, obwohl der Uterus noch 2—3 Tage jedesmal hinten lag und zu faustgroßen Klumpen verklebte Darmkonvolute sich noch 8 bis 10 Tage nach dem Unfall über den Beckenorganen fanden und andeuteten, daß die eingetretene Peritonitis traumatica subacuta durchaus nicht auf die Beckenorgane beschränkt geblieben war.

Zweifellos wäre die Rückwärtslage des Uterus eine dauernde geblieben und hätte eine Retroflexio uteri fixata entwickelt, wenn der Unfall nicht rechtzeitig beobachtet und behandelt worden wäre. Dr. Waibel-Kempten.

War eine hochgradige Arthritis deformans der rechten Hüfte und ein geringer Grad desselben Leidens des linken Hüftgelenkes auf einen vor 14 Jahren erlittenen Unfall (hochgradige Quetschung der rechten Hüfte) zurückzuführen? Von San.-Rat Dr. Lenzmann in Duisburg. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 12.

Ein Arbeiter hatte am 28 Februar 1895 durch Fall von einer Leiter eine Verletzung der rechten Körperhälfte — Quetschung der rechten Beckenhälfte und des rechten Oberschenkels, Bruch des rechten Unterarmes — erlitten. Er erhielt zuerst eine $33^1/_3$ proz., dann eine 25 proz. und später eine Dauerrente von 15 Proz. 1909 kam er wegen Verschlimmerung um Erhöhung seiner Rente ein. Es hatte sich bei ihm eine hochgradige Arthritis deformans des rechten Hüftgelenkes ausgebildet, die sich in geringem Grade auch im linken Hüftgelenk zeigte. Entgegen dem Gutachten eines anderen Sachverständigen bejaht Verfasser die Frage, ob die Verschlimmerung als Unfallfolge aufzufassen sei. Der Arthritis deformans gehe in vielen Fällen eine Verletzung des Gelenkes vorher. Wenn auch in diesem Falle das zunehmende Alter sicher eine gewisse Rolle spiele, wenn ferner der Verletzte zu der Krankheit, wie die Erkrankung des linken Hüftgelenkes beweise, sicher auch disponiert gewesen sei, und es wohl möglich sei, daß der Verletzte auch ohne Unfall die Arthritis deformans bekommen haben würde, so spreche dies doch nicht gegen die Annahme, daß die hochgradige Quetschung des Gelenkes, die eine mangelhafte Gebrauchsfähigkeit bedingt hätte, eben durch Vermittlung dieser mangelhaften Gebrauchsfähigkeit die vorzeitige Abnutzung des Gelenkes mit ihren Folgen, das heißt die Arthritis deformans, bewirkt hätte. Ueber mangelhafte Gebrauchsfähigkeit der rechten Hüfte sei immer geklagt worden; gerade in dem verletzten Gelenk sei die Krankheit am hochgradigsten ausgebildet.

Referent, dessen Ansicht ein erfahrener Gutachter, wie Herr Professor Hildebrand, teilt, kann sich mit den obigen Ausführungen nicht einverstanden erklären. Wenn der Verfasser zugibt, daß der Patient die Arthritis deformans auch ohne die Verletzung hätte bekommen können, so besteht da nicht nur die Möglichkeit, sondern er hätte sie sicher bekommen, wie ja die Erkrankung der linken Hüfte beweist. Die Erkrankung ist unendlich häufig, zumal bei älteren und korpulenten Leuten; je mehr man darauf achtet, desto mehr findet man sie und zwar ohne jeden vorhergehenden Unfall. Gewiß kann auch mal ein Unfall in der Aetiologie eine Rolle spielen, aber wenn man einen Patienten hat, der, wie Verfasser selbst zugibt, zu der Erkrankung veranlagt war, dessen unbeteiligtes Hüftgelenk auch erkrankt ist, so erscheint der Schluß doch etwas gewagt, die Erkrankung auf den Unfall zurückführen zu wollen, weil das rechte Hüftgelenk, das vor 16 Jahren von dem Unfall betroffen war, stärker erkrankt ist. Das möchte Ref. für einen Zufall halten; jedenfalls spricht die größere Wahrscheinlichkeit dafür. Wenn wir auf eine solche Möglichkeit hin — mehr ist es meiner Ansicht nach nicht — eine Erkrankung als Unfallfolge bezeichnen wollen, wo kommen wir da hin. Alles hat doch schließlich seine Grenzen. Rpd. jun.

Ein seltener Fall von Luxation im Talonavikulargelenk. Von Dr. Han-Müller, Assistenzarzt im Train-Bataillon Nr. 11. Monatsschrift für Unfalls heilkunde und Invalidenwesen; 1912, Nr. 5.

Diese so seltene Luxation konnte Verfasser beobachten bei einem Einjährig-Freiwilligen, der beim Sturz des Pferdes mit dem rechten Fuß und Unterschenkel unter das Pferd zu liegen kam, während der Oberkörper nach hinten rechts fiel. Er hatte sofort heftige Schmerzen im Fuß und konnte nicht mehr auftreten. Die Diagnose wurde durch Röntgenaufnahme bestätigt. Es gelang die Reposition, doch war, jedenfalls während der Anlegung des Gypsverbandes, von neuem eine Luxation eingetreten, so daß ein blutiger Eingriff erforderlich wurde. Verfasser erläutert seine Beschreibung durch 3 Röntgenbilder. Dr. R. Thomalla-Altena-Lüdenscheid.

Uebernahme des Heilverfahrens Unfallverletzter vor Ablauf der 13. Krankheitswoche durch die Berufsgenossenschaften. Von Professor Dr. G. Hildebrand-Marburg. Zeitschrift für Bahnärzte; 1912, Nr. 7.

Der Verfasser begründet die Bedeutung der Uebernahme des Heilverfahrens vor Ablauf der 13. Woche im Interesse der Berufsgenossenschaft und des Verletzten. In Betracht kommt sie hauptsächlich bei folgenden Verletzungen:

1. Alle Augenverletzungen, auch die leichtesten. 2. Alle Verletzungen von Sehnen und Nerven. 3. Die schweren Knochenbrüche. 4. Alle schweren eitrigen Prozesse mit Beteiligung von Sehnenscheiden und Gelenken. 5 Alle Verrenkungen von Gelenken, sofern die Einrenkung nicht sofort gelingt. 6. Ueberhaupt alle schweren Verletzungen, vor allem innerer Organe, deren Folgen zunächst nicht zu übersehen sind. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Gerichtliche Bestrafung von Rentenempfängern wegen versuchten Betruges. Zeitschrift „Die Berufsgenossenschaft"; 1912.

In der Zeitschrift „Die Berufsgenossenschaft" sind zwei Fälle von Bestrafungen wegen versuchten Betruges behufs Erlangung von Unfallrente veröffentlicht. Ein selbstversicherter Unternehmer gab an, beim Steineschlagen sich eine Quetschung des Knöchelgelenkes am rechten Fuße zugezogen zu haben, während in Wirklichkeit die Verletzung beim Revidieren der Hühnernester entstanden war. Die Rente war bereits festgesetzt, aber noch nicht zur Auszahlung gelangt, als die Täuschung entdeckt wurde. Wegen Betrugs-Versuche wurde der Betreffende zu sechs Wochen Gefängnis verurteilt.

Der zweite Fall betraf einen Arbeiter, der bei der ärztlichen Untersuchung angab, die verletzte Hand nicht zur Faust schließen zu können. Die Untersuchung ergab unzweifelhaft, daß der Faustschluß sehr gut möglich und auch ausgeführt worden war. Auch hier wurde versuchter Betrug angenommen und eine Verurteilung ausgesprochen. Dr. Hoffmann-Berlin.

Herabsetzung der Rente bei Gewöhnung und Anpassung an den veränderten Zustand. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 26. März 1912.

Nach den übereinstimmenden Gutachten des Oberarztes an der chirurgischen Abteilung des Marinehospitals in D., Dr. C., vom 2. März 1911 und des Vertrauensarztes des Schiedsgerichts Dr. H. ebenda vom 10. Mai 1911 besitzt der Fersenstumpf des Klägers eine sehr gute Tragfähigkeit; der Kläger kann sich mit seinem künstlichen Fuß leicht und mühelos ohne Benutzung eines Stockes fortbewegen. Beide Sachverständige sprechen ihre Ueberzeugung dahin aus, daß jetzt eine erhebliche Gewöhnung und Anpassung an den veränderten Zustand des Fußes eingetreten sei, daß die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Klägers auf nicht höher als 33⅓ % zu veranschlagen sei. Das Reichsversicheruegsamt hat kein Bedenken getragen, sich dieser Auffassung anzuschließen. Allerdings hat das Schiedsgericht in einer früheren Entscheidung vom 14. März 1910, in der es die Berufung des Klägers gegen einen Bescheid der Beklagten vom 26. Januar 1910 zurückgewiesen hat, in den Gründen dieser Entscheidung ausgeführt, daß jetzt völlige Gewöhnung anzunehmen sei und hat die Herabsetzung der dem Kläger bisher gewährten Teilrente von 50 auf 40 % gutgeheißen. Hiernach würde also die Annahme weiterer Gewöheung ausgeschlossen sein, vorausgesetzt, daß die zur Rechtfertigung der getroffenen

Entscheidung angeführten Gründe in Rechtskraft übergegangen wären. Das ist aber nicht der Fall. Denn nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen wird nur hinsichtlich der einer richterlichen Entscheidung zugrunde liegenden „tatsächlichen Verhältnisse" eine rechtskräftige Feststellung geschaffen; die rechtlichen Erwägungen der richterlichen Entscheidungen nehmen aber an der Rechtskraft nicht teil. Nun ergibt der der Entscheidung des Schiedsgerichts vom 14. März 1910 zugrunde-liegende Bescheid des Beklagten, daß sie, sich stützend auf ein Gutachten des Dr. C. vom 9. Januar 1910 keinewegs völlige Gewöhnung an den veränderten Zustand des Beines angenommen hatte. In diesem Bescheid spricht die Beklagte entsprechend dem zugrunde liegenden Gutachten nur von „einer ziemlich guten Gewöhnung". Hiernach lag der damaligen Bescheiderteilung die Annahme der Beklagten zugrunde, daß zu jener Zeit noch nicht das höchste Maß der überhaupt zu erreichenden Anpassung und Gewöhnung eingetreten war. Unter Berücksichtigung vorstehender Ausführungen konnte durch die Begründnng des früheren schiedsrichterlichen Urteils somit eine tatsächliche Feststellung dahin nicht getroffen werden, daß schon demals der höchste Grad von Gewöhnung erreicht sei. Rechtliche Bedenken gegen die Herabsetzung der dem Kläger bisher gewährten Teilrente konnten somit jetzt nicht im Wege stehen.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen Betriebsunfall und Erwerbsunfähigkeit. Rekurs-Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 2. März 1912.

Nach der Rechtsprechung det Reichsversicherungsamts ist es nicht erforderlich, dhß die im Betrieb erlittene Verletzung die alleinige Ursache der Erwerbsunfähigkeit bildet; es genügt, daß sie eine von mehreren mitwirkenden Ursachen ist und als solche wesentlich ins Gewicht fällt. So ist ein Betriebsunfall anerkannt worden, wenn eine im Betriebe erlittene Verletzung erst infolge Hinzutretens anderer Schädlichkeiten, und zwar auch solcher, die außerhalb des Betriebes, z. B. durch Blutvergiftung, Ansteckung, falsche Behandlung durch den Arzt, Unterbringung des Verletzten durch die Berufsgenossenschaft in einem verseuchten Krankenhaus entstanden waren, schädigend für die Erwerbsfähigheit gewirkt hatte (zu vergl. Handbuch der Unfallversicherung, 3. Aufl, Bd. I, Anm. 2 zu § 8 des Gewerbe-Unf.-Vers.-Ges.). Hat man in diesen Fällen einen mittelbaren Zusammenhang zwischen dem Betriebsunfall und der Erwerbsunfähigkeit noch für gegeben erachtet, so muß man einen solchen Zusammenhang erst recht im vorliegenden Fall anerkennen. Denn hier hat die Verbrennung und damit die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit nicht nur im unmittelbaren Anschluß an die Betriebsarbeit und die dabei erlittene Unfallverletzung auf der Betriebsstätte geschehen, sondern auch durch eine Person verursacht worden, die dem Betrieb angehörte, mit dem Kläger auf derselben Betriebsstätte tätig war und bei der Behandlung des Klägers von der Absicht geleitet wurde, die Folgen des Betriebsunfalls unschädlich zu machen, damit der Verletzte seine Betriebstätigkeit fortsetzen könnte. Ist hierdurch der Zusammenhang zwischen der bestehenden Erwerbsunfähigkeit und dem Unfalle gewahrt, so ist die Fahrlässigkeit der Hilfe leistenden Person und vielleicht auch des Klägers selbst bei der Wahl des Heilmittels nicht geeignet, den Zusammenhang aufzuheben. Ebensowenig vermag dies der Umstand, daß der Oberrangierer C. von der Arbeitgeberin nicht mit der ersten Hilfeleistung bei Unfällen betraut war, und daß der Kläger die von der Arbeitgeberin eingerichtete besondere Verbandstelle nicht aufgesucht hat. Die Beklagte ist hiernach verpflichtet, den Kläger für die Folgen der Armverbrennung zu entschädigen. Demgemäß war die Aufhebung der Vorentscheidungon geboten.

D. Bakteriologie, Infektionskrankheiten und öffentliches Sanitätswesen.

1. Bekämpfung der Infektionskankheiten.

a) Schariach.

Ueber die Beeinflussung des Scharlachs durch intravenöse Salvarsaninjektionen. Von San.-Rat Dr. Lenzmann-Duisburg. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 17.

Ausgehend von der Tatsache, daß bei Scharlach auf der Höhe der Erkrankung eine der Wassermannschen Reaktion ähnliche Reaktion auftritt, und von dem daraus gezogenen Schluß, daß der Krankheitserreger des Scharlachs in gewisser Beziehung ein ähnliches Verhalten zeigt, wie die Spirochaeta pallida, hat Verfasser therapeutische Versuche mit Salvarsan gemacht. Er hat bis jetzt 20 Fälle mit intravenösen Salvarsaninjektionen behandelt und zwar hat er mehrmals hintereinander Dosen von 0,1, oder 0,15 oder 0,2 g gegeben, je nachdem die Kinder unter 8 oder über 8, oder über 15 Jahre waren. In allen Fällen erreichte er, daß der Krankheitsverlauf erheblich gemildert wurde, wenn eine Kupierung der Erkrankung auch nicht gelang. Zunächst wurde eine Aenderung der gewöhnlich zu beobachtenden Fieberkurven erreicht, indem die Temperatur schon nach der ersten Injektion zum Sinken gebracht und nach jedesmaligem Aufstieg immer wieder niedergedrückt wurde; es entstand eine treppenförmige Kurve, die zu rascherer Entfieberung wie gewöhnlich führte. Entsprechend der Herabsetzung der Temperatur besserte sich jedesmal das Allgemeinbefinden; objektiv war ein rasches Ablassen und eine Abschwächung des Fortschreitens des Exanthemes festzustellen. Ferner wurde eine ungewöhnlich rasche Abheilung der Rachenaffektion erzielt, so daß es nie zu nekrotisierenden Entzündungen oder gar zu gangränösen Prozessen kam. Komplikationen und Nachkrankheiten traten nie auf; der Urin blieb immer eiweißfrei. Verfasser legt besonders Wert auf die günstige Beeinflussung der Rachenaffektion, weil durch diese oft gefährliche Sekundärinfektionen veranlaßt werden. Rpd. jun.

---

b. Wochenbetthygiene und Krankheiten der Neugeborenen.

Weiterer Beitrag zur Diagnose der Schwangerschaft mittels der optischen Methode und dem Dialysierverfahren. Von Emil Abderhalden. Aus dem physiolog. Institut der Universität Halle a. S. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 36.

Verfasser berichtet in längeren Ausführungen über seine weiteren Versuche [1]) zur Feststellung der Schwangerschaft mittels der optischen Methode und dem Dialysierverfahren. Es gelang ihm eine größere Anzahl von Schwangerschaften mit stets positivem Erfolge zu untersuchen. Die optische Methode und das Dialysierverfahren sind nicht nur mit Erfolg bei der Diagnose Schwangerschaft beim Menschen verwendet worden, sondern auch bei Kühen, Hunden, Meerschweinchen und Kaninchen. Es sollen auch Pferde usw. untersucht werden. Es ist zu hoffen, daß die erwähnten Methoden hier von praktischem Nutzen sein werden. Dr. Waibel-Kempten.

Ueber Spontaninfektion in der Geburtshilfe. Von Dr. Hüssy. Korresp. für Schweizer Aerzte; 1912, Nr. 12.

Zur Spontaninfektion sind die Fälle zu rechnen, bei denen die Infektion durch Mikroorganismen, die schon während der Schwangerschaft im Organismus sich befunden haben, erfolgt. In Frage kommen Eiterherde (Furunkel, Tonsillarabszeß) oder Infektionskrankheiten (Pneumonie, Typhus, Angina). Das Puerperalfieber entsteht sekundär durch hämatogene Metastsasen im puerperalen Uterus. So sind bei typhösen Darmgeschwüren Typhusbazillen in der Plazentarstelle nachgewiesen worden. Eine zweite Art der Infektion erfolgt mit den in der Vagina präexistenten Keimen. Streptokokken können — auch im lebenden Körper — in ahämolytische umgezüchtet werden. Die Hämolyse ist nur ein Virulenzzeichen. Während die Eintagsfieber oft den Eigenkeimen zur Last fallen, entstehen die schweren Infektionen fast stets von außen. Die Diagnose Spontaninfektion mit Eigenkeimen ist nur dann zu stellen, wenn mit absoluter Sicherheit jede andere Aetiologie außer Betracht fällt. Dr. Wilcke-Genthin.

Ueber die Bedeutung der Eiweißzerfallstoxikose bei der Geburt und der Eklampsie. Von Dr. R. Franz, Assistent der Universitäts-Frauenklinik in Graz. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 31.

---

[1]) Betreffs der früheren Versuche siehe Referat darüber in Nr. 19 dieser Zeitschrift, 1912; S. 735.

Verfasser kommt auf Grund zahlreicher Versuche und in Uebereinstimmung mit anderen Autoren nach längeren interessanten Ausführungen zu dem Schlußergebnis, daß mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, daß der Geburtseintritt als Folge einer Vergiftung mit Eiweißzerfallsprodukten aufzufassen ist, die durch den Fermentabbau vom Plazentareiweiß gebildet werden. Ebenso darf wohl der Beweis als erbracht angesehen werden, daß bei der Eklampsie eine ursächlich mit dieser zusammenhängende Zerfallstoxikose besteht. Dr. Waibel-Kempten.

Chemisch-physiologische und klinische Studien über „Systogen", ein synthetisches Sekale-Ersatzpräparat. Aus dem Stuttgarter Wöchnerinnenheim. Von Dr. Ernst Heimann. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 25.

Verfasser kommt auf Grund seiner an 208 Fällen erprobten Erfahrungen in der Anwendung des Systogens, das chemisch ein Paraoxyphenylaethylamin ;st, zu der Schlußfolgerung, daß dieses einen vollständigen Ersatz des Secale cornutum darstellt und unseren Arzneischatz in wertvoller Weise bei reichert. Das Mittel ist völlig ungiftig, sicher zu dosieren, in seiner Wirkung verlässig, zuweilen ganz frappant, ohne alle unangenehmen und schädlichen Nebenwirkungen. Dr. Waibel-Kempten.

Weitere Erfahrungen über die Wirkung des Hypophysenextraktes in der Geburtshilfe. Aus dem Wöchnerinnenheim „Frauenwohl" in Nürnberg. Von Dr. Grünbaum, Frauenarzt in Nürnberg. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 33.

Verfasser verbreitet sich in längeren Ausführungen über seine Erfahrungen und Versuche mit Hypophysenextrakt und kommt zu dem Schlusse, daß der Hypophysenextrakt (Pituitrin, Pituglandol und Vaporale) ein ausgezeichnetes Mittel zur Verstärkung der Wehentätigkeit während der Geburt und zur Anregung von Wehen bei vollständigem Wehenstillstand ist. Das Mittel wirkt nm so intensiver, je mehr die Geburt vorgeschritten ist; am besten entfaltet es seine Wirksamkeit, wenn der Muttermund vollständig erweitert ist.

Als Mittel zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt oder zur Beendigung eines Abortes ist dasselbe nicht geeignet, ebensowenig ist ein deutlicher Einfluß auf die Nachgeburtsperiode wahrzunehmen.

Das Mittel stellt eines der wenigen Arzneimittel der letzten Jahre dar, die eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneimittelschatzes bedeuten.

Dr. Waibel-Kempten.

Die administrative Kontrolle der Ophthalmia neonatorum in England. Nach einem Vortrag in der Midland Sektion des engl. Medizinalbeamtenvereins. Von G. Petgrave Johnson, M. D., D. P. H., med. off. of health: Stoke-on Trent. Public health; XXV., Juli 1912, Nr. 10.

Die Stadt Stoke-on Trent hatte 1911 230000 Einwohner. Auf 7445 gemeldete Geburten entfielen 246 angezeigte Fälle von Ophthalmia neonatorum = 3,34%. Bei 65 Fällen war die Entbindung von Aerzten geleitet; die Anzeige der Erkrankung wurde von diesen am ersten Tag des Leidens nur in 29,2% der Fälle gemacht, vor dem 4. Tage der Krankheit in 64,6% der Fälle. Die übrigen 181 Entbindungen waren von Hebammen geleitet; bei diesen erfolgte die Anzeige der Erkrankung in 67,4% der Fälle schon vom ersten Tage der Erkrankung und in 90% vor dem 4. Tage. Die Hebammen melden also prompter, als die Aerzte. Leichte Fälle waren 172; schwere 74; hier waren beide Augen betroffen. Erblindet auf beiden Augen sind 2, auf einem Auge 3 Kinder; die wirksame Behandlung hatte hier infolge der späten Meldung zu spät eingesetzt.

Das Hebammengesetz von 1902 hatte schon die Anzeigepflicht der Hebammen an ihre Aufsichtsbehörde, den Grafschaftsrat vorgeschrieben; der Erfolg war jedoch gering. 1908 nahm die Vereinigung der Blindeninstitute und gleichzeitigdie British medical association die Sache wieder auf. Die „Entzündung der Augen neugeborener Kinder unter 10 Tagen" wurde die Liste anzeigepflichtiger Krankheiten hinzugefügt, obwohl nicht wie bei allen anderen übertragbaren Krankheiten es sich um Prophylaxe, sondern um Behandlung handelte. Die Behörden haben nach dem Public health act das Recht, die

notwendige Behandlung durchzuführen. Die Schwierigkeiten zeigten sich nun einerseits bei den richterlichen Instanzen, die eine Bestrafung einer Hebamme ablehnten bis zum Nachweis, daß die Ophthalmie tatsächlich infektiös sei, anderseits bei den Aerzten, die der Ansicht waren, daß die Behandlung der gemeldeten Fälle der Ortsbehörde zur Last falle. Der Autor vertrat dagegen die Meinung, daß zwar die Behörde die Kosten zu zahlen habe, daß aber ein Spezialarzt zugezogen werden müsse. Weiterhin zogen die Aerzte die Krankenpflegerinnen, die die Stadt stellte, nicht früh genug zu; sie wünschten ihre Hilfe oft erst dann, wenn die Krankheit schon weit vorgeschritten war. In jedem der gemeldeten 90 Fälle war eine Pflegerin 10 Tage lang auf Kosten der Stadt tätig, in 11 Fällen 3—6 Wochen lang, in 8 Fällen wurden Tag und Nacht Pflegerinnen gestellt. Die Kosten betrugen im Jahre 1911 £ 262 allein für die Pflege.

Den Hebammen ist übrigens die Einträufelung irgendwelcher Tropfen bei der Geburt nicht gestattet, da es sich in 85 % um nicht approbierte Hebammen handelt. Der Autor fürchtet deshalb Schädigungen durch ungeschickte Hände und läßt die Lider demzufolge nur mit Borlösung auswischen und reinigen.

Dr. Mayer-Simmern.

---

c) Desinfektion.

Eyperimentelle Untersuchungen über die Beeinflussung des Bakteriengehaltes der Haut durch dermatologische Behandlungsprozeduren. Von Dr. Hidaka-Breslau. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 34.

Im Anschluß an seine früheren Mitteilungen (siehe Referat in Nr. 13, 1912, Seite 489) berichtet Verfasser über die weiteren Resultate seiner Versuche, die er jetzt aus äußeren Gründen abbrechen muß. Er hat die gebräuchlichsten Medikamente (Ol. Rusci, Acid. pyrogall., Resorzin, Acid. salicyl., Chrysarobin, Ichthyol, Sulfur. praec., Tumenol, Sulfoform) in jeder Anwendungsform (Salbe, Trockenpinselung, spirituöse Lösung, ölige Lösung) ausprobiert. Aus seinen Versuchen geht hervor, daß

1. von den untersuchten Dermatotherapeuticis die stärkste bakterienvermindernde Kraft auf der menschlichen Haut enthalten: das Oleum Rusci, die Pyrogallussäure und das Ichthyol, während Mittel wie Resorzin, Chrysarobin, Salizylsäure, Schwefel, Tumenol eine geringere Wirkung aufweisen, und
2. daß die Wirkung dieser Mittel in Form von Pinselungen und spirituösen Lösungen durchschnittlich eine beträchtlich größere ist, als in Form von Salben und fetten Lösungen.

Rpd. jun.

Die Hautdesinfektion mit Jodtinktur. Von Dr. Pickenbach-Berlin. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 12.

Nach seinen Erfahrungen kann Verfasser die Hautdesinfektion mit Jodtinktur in der kleinen Chirurgie, wie bei ersten Verbänden frischer Wunden, mögen sie noch so infiziert sein, nur empfehlen. Es sei die einfachste, billigste und schnellste Methode für die allgemeine Praxis, die man unter denschwierigsten Verhältnissen, sogar auf offener Straße anwenden könne. Dabei übertreffe sie alle bisherigen Methoden an Sicherheit und genüge allen praktischen Bedürfnissen. Sie müsse Allgemeingut nicht nur der Chirurgen, sondern auch der praktischen Aerzte werden. Zum Beweis seiner Ausführungen führt Verfasser einige der hervorstechendsten Fälle aus seiner Praxis an.

Rpd. jun.

Ueber die desinfizierende und entwicklungshemmende Wirkung von Flußsäure und Fluoriden. Von Prof. Dr. Lockemann und Dr. Lucius-Berlin. Desinfektion; 1912, Nr. 9.

1. Flußsäure wirkt sowohl desinfizierend wie entwicklungshemmend stärker als Salzsäure. 2. Durch Zusatz von Natriumfluorid wird die desinfizierende Wirkung der Flußsäure proportional den zugesetzten Mengen vermindert, die entwicklungshemmende Wirkung dagegen erhöht. 3. Durch Zusatz von Natriumchlorid wird die desinfizierende und die entwicklungshemmende Wirkung der Salzsäure in höherem oder geringerem Maße verstärkt. 4. Durch Zusatz von Natriumchlorid wird die desinfizierende und entwicklungshemmende Wirkung der

Flußsäure kaum geändert. Die desinffzierende Wirkung der Salzsäure wird auch Zusatz von 1 Mol. Natriumfluorid bedeutend erhöht, durch weiteren Zusatz wieder vermindert; die entwicklungshemmende Wirkung wird den zunehmenden Salzmengen entsprechend gesteigert. 5. Die Salze Natriumfluorid und -chlorid für sich allein wirken nicht desinfizierend, wohl aber entwicklungshemmend und zwar das Fluorid in erheblich stärkerem Maße als das Chlorid.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Zur Verbilligung des apparatlosen Formaldehydverfahrens. Aus dem städtischen hygienischen Institut Frankfurt a. M. Von Dr. H. A. Gins. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Nr. 39.

Die Versuche der Verfasser haben ergeben, daß das Dörr-Raubitschek sche apparatlose Verfahren verbilligt werden kann, wenn man das ziemlich teure Kalium permanganicum bis zu $^{2}/_{3}$ durch gebrannten Marmorkalk ersetzt. Der gewöhnliche Kalk ist für das Verfahren des Verfassers nicht brauchbar, weil er mit kaltem Wasser zu langsam reagiert. Es muß deshalb eine Kalksorte genommen werden, welche sich durch rasche Löschfähigkeit auszeichnet. Die Reaktion kommt bei dem Verfahren des Verfassers dadurch zustande, daß durch die Einwirkung des Formalins auf die kleine Menge Kalium permanganicum eine so intensive Erwärmung der ganzen Flüssigkeit eintritt, daß sich der Kalk sehr rasch löst und dabei das Formalin verdampft. Verfasser bespricht dann noch die weiteren Vorteile seines Verfahrens, besonders auch dem Verfahren von Hammerl gegenüber, und hebt hervor, daß im Monat März bis Mai sämtliche amtliche Desinfektionen in dem Stadtkreis Frankfurt a. M. nach seinem Verfahren mit Erfolg ausgeführt wurden.

Dr. Waibel-Kempten.

---

2. Wohnungshygiene.

Ueber Luftuntersuchungen. Aus dem hygienisch-bakteriologischen Institut der Universität Erlangen. Von Prof. Dr. Weichardt und Dr. Kelber. Münchener med. Wochenschrift; 1912, Mr. 35.

Bekanntlich hat Pettenkofer den Kohlensäuregahalt der Luft als Maßstab für deren größere oder geringere Schädlichkeit aufgestellt, dabei jedoch ausdrücklich betont, daß diese Bestimmung allein nur Geltung hat bei Beurteilung der durch den Aufenthalt von Menschen verschlechterten Luft. Diese Tatsache zwingt unbedingt dazu, den ganz besonderen, außer den Kohlensäuregehalt zweifellos noch vorhandenen Schädlichkeiten verbrauchter Luft nachzuspüren.

Die Verfasser haben sich deshalb schon seit längerer Zeit in Versuchen ad hoc bemüht, eine nicht allzuschwierig exakt auszuführende Bestimmungsmethode für viele Stoffe, welche durch die Ausatmung in die Luft bewohnter Räume gelangen, aufzufinden.

Es werden in längeren Ausführungen eine Methodik und ein von der Firma Reiniger, Gelbert und Schall in recht brauchbarem Zustande beziehbarer Apparat angegeben, mit denen es gelingt, gewisse Verunreinigungen der Luft bewohnter Räume nachzuweisen und den durch diese Substanzen veranlaßten Grad der Verunreinigung quantitativ festzulegen. Näheres im Original.

Dr. Waibel-Kempten.

Architektonisch-hygienische Wandverkleidungen mit besonderer Berücksichtigung bleifarbenhaltiger Tapeten. Von Dr. Rasser-Dresden. Zeitschrift für Krankenanstalten; 1912, Nr. 27—28.

Französische, italienische und österreichische Kalksteine geben die architektonisch schönste und hygienisch einwandfreieste Wandverkleidung ab; sie sind dabei nicht wesentlich teurer als andere Arten von Wandverkleidungen. Von einer Wandverkleidung muß verlangt werden, daß sie hart, spiegelglatt, waschbar, von dauerhaftem Material und in ihrer Erhaltung billig ist. Zu verwerfen sind deshalb alle Anstriche, die tierische Bestandteile enthalten, wie z. B. Ochsenblut, Milch, Kasein und Leim, da sie direkt Herde für Bazillen abgeben. Bei Wandverkleidungen, die aus einzelnen Tafeln bestehen, muß gefordert werden, daß die Fugen möglichst schmal und glatt ver-

bunden sind. Dieser Forderung kommen die Marmorverkleidungen mit großen Tafeln am meisten entgegen. Von hohen hygienischen Wert sind auch die Glasverkleidungen und die Majolika, sowohl aus kleinen Täfelchen, als aus großen Platten bestehend. Bei Benutzung von Tapeten ist deren Farbe für die Helligkeit eines Zimmers nicht gleichgültig; denn sie steht mit der ökonomischen Ausnutzung der künstlichen Beleuchtung und damit mit der Gesundheit der Augen der Insassen in enger Beziehung. Tatsache ist, daß sich die Farben, zumal von minderwertigen Tapeten, ablösen und demzufolge, wenn die Farbe giftig ist, z. B. bleihaltige Substanzen enthält, durch die fortgesetzte Einführung selbst kleinster Bleimengen vergiftend auf den Körper wirken können. Leider läßt sich gegen die allgemein übliche Verwendung von Bleifarben in der Tapetenindustrie nichts machen; denn nur eine solche von Arsenfarben ist auf Grund des § 7 des Gesetzes betr. die Verwendung gesundheitsschädlicher Farben usw. vom 5. Juli 1887 verboten.

Bei der Bekleidung der Wände mit Tapeten und Linkrusta, sowie bei Estrichen, welche mit Linoleum bedeckt sind, hat man häufig die Erfahrung gemacht, daß die Wände noch jahrelang dünsten, weil bei Neubauten oft nicht Zeit genug vorhanden war, sie ordentlich austrocknen zu lassen Nach der Bekleidung ist dann den Wänden der Luftzutritt versperrt; sie schwitzen infolgedessen und führen alkalische Ausscheidungen in Gestalt von Salpeter etc. herbei, Erscheinungen, die nicht nur hygienisch bedenklich sind, sondern auch die Haltbarkeit der Tapeten, Fußbodenbeläge usw. gefährden. Als Mittel dagegen sei besonders auf Bitterichs Isoliermasse aufmerksam gemacht, die manche Vorzüge besitzt und sich deshalb auch überall, namentlich bei Behörden etc., sehr gut eingeführt hat. Der „Salubra-Wandbelag“ soll lichtecht, waschbar, billiger und solider als Oelanstrich, freundlich, wohnlich und stilgemäß sein. Die zähe Unterlage (Pergamentschicht) schützt die Farbschicht vor dem Abspringen in der Nähe von Oefen und Heizkörpern, wie sie auch die Oelfarbenfläche in hohem Maße von den kleinen Vibrationen des Wandverputzes unabhängig macht, so daß die sich bildenden Ritzen und Risse im Putz nicht wie beim direkten Oelanstrich auf die Oberfläche übertragen werden können. Diese Wandverkleidung kann in einem mittelgroßen Raume an einem Tage fertig an die Wand gebracht werden, so daß der Raum sofort benutzbar ist. Nach den Untersuchungsergebnissen hielten jedoch nur einige Muster allen Prüfungen bezüglich Waschbarkeit und Desinfizierbarkeit stand, während andere die allerdings recht schweren Prüfungsbedingungen nicht völlig bestanden und sich sowohl Soda, wie Seifenlösung gegenüber als nicht absolut widerstandsfähig erwiesen. Gleichwohl ist der Verfasser der festen Ueberzeugung, daß auch diese Muster den gewöhnlichen Ansprüchen in der Krankenhauspraxis vollkommen gewachsen sind, sofern man sich des Sublimats oder der Kresolseifenlösungen, ja selbst der Seifenlösung, bedient, allerdings bei Vermeidung von Soda für Reinigungszwecke. Das bestätigen die praktischen Erfahrungen nach längerer Zeit. Soviel Verfasser weiß, bestehen keine wesentlichen Preisunterschiede zwischen Salubra und Oelanstrich. Ein großer Vorzug der Salubra vor allen anderen bekannten Sorten von Wandbelagen ist außer den schon vorher genannten ihre Widerstandsfähigkeit gegen Beschädigungen. Diese Eigenschaften wiegen den höheren Preis auf. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Wohnungskunst und Hygiene. Von Dr. Pudor. Hygiene; 1912, Nr. 17.

In der modernen Wohnung waltet allerorten die Sorge vor für reine Luft, für Licht und Sonnenbestrahlung, für Unschädlichmachung und Beseitigung von Staub, Schmutz und Bakterien, sowie für die Reinigung und Pflege des menschlichen Körpers. In letzterer Beziehung ist eine weitere wichtige Ergänzung des Wohnhauses im Anzuge, nämlich die Hinzufügung eines besonderen Raumes für Gymnastik, anschließend an den Baderaum, so eingerichtet, daß je nach der Witterung die Wände beiseite gehoben werden können, wie in einem japanischen Hause, so daß sich der Körper frei in Luft und Licht ausleben kann. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Städtebaukunst und Volkswirtschaft. Von Dipl.-Ing. F. Gaede-Berlin. Gesundheit; 1912, Nr. 15.

Der Verfasser zeigt, was auf dem Gebiete der Wohnungs- und Bodenreform geleistet wird und noch geleistet werden soll. Verkehrspolitik und Wohnungspolitik müssen Hand in Hand gehen. Die Bodenpolitik hat stets dem Bau von Straßen und Fernbahnen vorauszugehen, nm dem Bodenwucher zu begegnen. Es läßt sich ferner nicht leugnen, daß vom Standpunkt der Volkswirtschaft die künstlerische Erziehung eines Volkes ethischen und wirtschaftlichen Gewinn bringt. Ist sich der Städtebauer dieser Wahrheit bewußt, so muß er großen Wert auf die künstlerische Durchbildung einer Stadt legen. Man hat erkannt, daß man nicht frühere Epochen blind nachahmen darf; die jetzige Aufgabe ist vielmehr eine ganz andere geworden, sie muß sich den modernen praktischen und wirtschaftlichen Erfordernissen des Verkehrs, der Gesundheit, des Wohnens und des Erwerbes anpassen. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Zentrale Wärmeversorgung. Von Oberingenieur Hüttig-Dresden. Rauch und Staub; 1912, Nr. 12.

Die Rauchentwicklung unserer Hausfeuerungen ist nicht nur eine Belästigung und vom hygienischen Standpunkte zu bekämpfen, sondern auch eine Verschwendung von Energie, die durch die zentrale Wärmeversorgung mit den jetzigen Mitteln schon wirksamer eiugeschränkt werden könnte, als durch alle bisher versuchten Maßnahmen. Nach dem heutigen Stande der Wärmetechnik ist die Annahme gerechtfertigt, daß mit der Warmwasser-Fernheizung dieses Problem am ehesten gelöst wird, zumal in Parallele dazu auch eine zentrale Warmwasserversorgung für Haus- und Wirtschaftszwecke leicht auszuführen wäre und einen ebenso großen hygienischen Fortschritt bedeuten würde. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Reichswohnungsgesetz. Von Bürgermeister Eckesolt-Charlottenburg. Städte-Zeitung; 1912, Nr. 44.

Unterschieden wird scharf zwischen der Tätigkeit des Reiches und der Tätigkeit der Einzelstaaten. Was die erstere betrifft, so kommt die Errichtung einer neuen Behörde, eines Reichswohnungsamtes, als einer Abteilung des Reichsamtes des Innern in Betracht. Welche Umwälzungen das Gesetz bringen kann, wird man daraus ersehen, was als Mindestforderung an die Räume gedacht ist. Für die Tätigkeit der Einzelstaaten ist in erster Linie zu nennen die Ausführung und der Ausbau der reichsgesetzlichen Bestimmungen. Das eine Problem ist das volkswirtschaftliche, das sich in der Richtung des sozialpolitischen bewegt. Das andere Problem ist das privatwirtschaftliche. Eine Wohnungsreform ohne Verbilligung der Mieten erscheint nicht denkbar. Die mit der Wohnungsaufsicht betrauten Gemeinden und Gemeindeverbände, besonders die größeren Gemeinden und die Bezirke mit stärkerer gewerblicher und industrieller Bevölkerung, haben besondere Wohnungsämter zu errichten mit einem beamteten Leiter, dem Wohnungsinspektor, und dem dazu nötigen ebenfalls entsprechend vorgebildeten Personal. Das Einfamilien- und Kleinhaus soll die Regel der Wohnsiedlung für die minderbemittelte Bevölkerung bilden, was eine Umgestaltung der Bodenaufteilung und der Bebauungspläne voraussetzt. Dazu gehört die Festsetzung kleinerer Baublöcke mit schmalen Wohnstraßen von leichter und billiger Ausführung, mit entsprechender Regelung der Straßenbaukosten. Ferner die Festsetzung auch einer rückwärtigen Baulinie zur dauernden Erhaltung der Höfe und Gärten, die Sorge für genügende Frei- und Spielplätze. Alle bisherigen Bestrebungen auf diesem Gebiete entbehrten der einheitlichen, planmäßigen Zusammenfassung zu einem großen gemeinsamen Ziele. Daß dieses Ziel nur mit Zuhilfenahme des Reiches erreicht werden kann, muß auch denjenigen klar geworden sein, die Abhilfe von den Einzelstaaten oder gar nur den Gemeinden erwartet haben. Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

8. Wasserversorgung.

Wasserversorgung kleinerer und mittlerer Städte. Von Baurat Scheelhase-Frankfurt a. M. Der Stadtverordnete; 1912, Nr. 12—18.

Der Verf empfiehlt, die bestehenden Wassergewinnungsanlagen eines Verwaltungsgebietes nach ihrer Leistungsfähigkeit, nach der tatsächlichen Inanspruchnahme, nach der Erweiterungsfähigkeit, sowie nach der Verzweigung

der Leitungen zusammenzustellen, um daraus beurteilen zu können, wo ein Bedarf durch einen Ueberfluß gedeckt werden kann und ob die Entfernung der Leitungsnetze voneinander und die in ihnen herrschenden Druckverhältnisse den Zusammenschluß möglich und wirtschaftlich erscheinen lassen. Neue Anlagen sollte man erst dann ins Leben rufen, wenn diese in wirtschaftlicher Beziehung unter sonst gleichen Verhältnissen eine billigere Wasserlieferung gewährleisten, als der Wasserbezug aus einem vorhandenen Werk. Wird auch die Ausführung des Gedankens, tunlichst viele Wasserwerke mit ihren Leitungen so zu verbinden, daß sie sich gegenseitig aushelfen können, in der Praxis manchen Schwierigkeiten, vielleicht sogar Abneigung begegnen, so wird er seiner Verwirklichung schon deshalb nach und nach entgegengehen, weil nur auf diese Weise eine möglichst volle Ausnutzung der vorhandenen Wasserschätze möglich, und damit die beste Gewähr für die Rentabilität der Wasserversorgung der kleinen und mittleren Städte gegeben ist. Es steht fest, daß bei sachgemäßer Anlage die Grundwasserwerke mindestens dieselbe Gewähr für Lieferung eines einwandfreien Wassers versprechen wie die Quellwasserwerke. Gewisse Unbequemlichkeiten für den Betrieb kann das Grundwasser dadurch bieten, daß es auf seinem langen Wege mit vielen Bodenarten in Berührung kommt und Bestandteile in sich aufnimmt, deren Beseitigung vor der Inanspruchnahme erwünscht oder nötig sein kann. In erster Linie gilt das von seinem Eisengehalt, dessen Beseitigung durch Belüftung und Schnellfiltration aber keine Schwierigkeiten bietet. Etwaige freie Kohlensäure kann durch Rieselung des Wassers durch feine Marmorkörnchen gebunden werden. Hartes Wasser ist für den Genuß ohne Nachteil, setzt aber in den Kochgefäßen Kesselstein ab; für den Dampfbetrieb muß solches Wasser enthärtet werden. Fluß- oder Seewasser wird nur noch im Notfalle zur Wasserversorgung gebraucht. Dagegen ist neuerdings mehrfach Talsperrenwasser zur Verwendung gekommen; für kleinere und mittlere Städte kann jedoch die Anlage von Stauweihern wegen der hohen Kosten nur bei Genossenschaftsbetrieb in Betracht kommen. Ist der Wasserbezugsort gefunden, so muß man bei Quellwasser die Ergiebigkeit während eines ganzen Jahres beobachten und die Temperatur des Wassers fortwährend genau messen. Bei Grundwasser ist außer der Festlegung der Strömungsrichtung ein Pumpversuch nötig, der so lange ausgedehnt werden muß, bis sich keine weitere Absenkung im Brunnen zeigt, d. h. bis Beharrung eingetreten ist. Steht beides, Quell- oder Grundwasser zur Verfügung, so ist eine vergleichende Kostenberechnung aufzustellen. Die längere Zuleitung aus einem Quellgebiet kann einer nahen Grundwasserversorgung überlegen sein, weil die Kosten des Pumpens wegfallen, die für kleine und mittlere Städte, auch wenn die dafür besonders geeigneten Diesel- oder Sauggasmotoren in Anwendung kommen, mindestens auf etwa 2 Pfg. Betriebskosten für das Kubikmeter stellen, unter weniger günstigen Verhältnissen aber bis zu 7 Pfg. pro Kubikmeter betragen kann. In den schmiedeeisernen Rohren hat sich im allgemeinen ein stärkeres Rosten gezeigt, als in den gußeisernen. Verfasser läßt daher die schmiedeeisernen Rohre mit einem guten Anstrichmittel nachstreichen, z. B. mit Roths Innertol.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber die Bedeutung des Grundwasserstandes. Von Geh. Oberbaurat Dr. Keller. Gesundheit; 1912, Nr. 17.

Die neuzeitliche Wasserwirtschaft ist bestrebt, den von der Natur gebotenen Wasserschatz zu erhalten und möglichst auszunutzen. Im Wassergesetz-Entwurf trifft man überall auf den Leitgedanken: diese Ausnutzung zu erleichtern unter gleichzeitiger Versöhnung widerstreitender Interessen. Nur wenn sich keine Einrichtungen in diesem Sinne treffen lassen, soll Entschädigung erfolgen. Die Entschädigung steht erst an zweiter Stelle, weil ihr Maß oft nicht leicht, bei Grundwasserschäden aber immer schwer zu beurteilen ist. Auf die Erhaltung des Wasserschatzes wird stets als zu erstrebendes Endziel Bedacht zu nehmen sein. In unserem Klima heißt dies: Zurückhaltung des bisher nicht ausgenutzten Ueberschusses der Wintermonate für die Speisung der Wasserläufe und des Grundwassers in den Sommermonaten. Mit künstlichen Maßnahmen muß ihre günstige Einwirkung verstärkt werden, wenn sie an sich zu schwach oder durch fremde Eingriffe geschwächt ist. Dies kann geschehen 1. indem man den winterlichen Ueberschuß eines Grundwasserstromes unmittelbar

aufspeichert. Voraussetzung ist eine feste Begrenzung der Wandungen. 2. Häufiger bietet sich in Preußen Gelegenheit für eine andere Art von Anlagen, die zur Verzögerung des Abflusses des winterlichen Grundwasservorrates bestimmt sind, nämlich für Stauschleusen. 3. Aehnlich wirken oft die für Schiffahrtszwecke angelegten und bedienten Stauwege der kanalisierten Flüsse und Schiffahrtskanäle. 4. Wieder einen Schritt weiter führt die Einrichtung von Talsperr-Sammelbecken in den Quellgebieten eines Mittelgebirgsflusses, dessen Abflußmengen im Unterlauf zur Versorgung von Grundwasserwerken benutzt werden. 5. Von künstlichem Grundwasser kann nur dann die Rede sein, wenn für die Filterung des Oberflächenwassers im Boden Zeit genug bleibt, um eine ausreichende Reinigung zu verbürgen. 6. Der letzte Schritt auf dem angedeuteten Wege wird vielleicht zur Ausbildung unserer Binnenseen als Speicherbecken für das winterliche Hochwasser der Flachlandsflüsse führen; wenigstens dort, wo diesen Flüssen durch benachbarte Grundwasserwerke viel Wasser entzogen wird. Dr. Wolf-Witzenhausen.

4. Abwässerbeseitigung und -Reinigung.

Ueber die pflanzlichen Leitorganismen der Wasserverunreigung. Von Dr. Wangerin-Königsberg i. Pr. Medizinische Klinik; 1912, Nr. 20.

Der Grad der Verunreinigung eines Wassers durch organische Substanzen läßt sich ganz genau durch die sich in diesem ansiedelnden Arten von Mikroorganismen feststellen. Es handelt sich dabei fast ausschließlich um Sakrophyten, die für ihre Ernährung auf leblose organische Stoffe angewiesen sind; die meisten derselben gehören zu den die tiefste Stufe des botanischen Systems einnehmenden Schizophyten oder Spaltpflanzen, nur wenige zu den echten Pilzen. Wird ein verunreinigtes fließendes Wasser im weiteren Verlauf nicht wieder verunreinigt, so tritt dadurch, daß diese Mikroorganismen die organischen Stoffe verbrauchen, allmählich eine Selbstreinigung ein. Da ihre Ernährungsbedingungen verschieden sind — Leitorganismen wie Beggiotoa und Bakterienzooglöen brauchen große Mengen von organischen Stoffen — so finden sich mit fortschreitender Reinigung andere Arten von diesen sogenannten Leitorganismen, woraus sich ein Rückschluß auf die Stärke der Wasserverunreinigung ziehen läßt. Verfasser bespricht dann die einzelnen dieser Leitorganismen und ihre charakteristischen Merkmale. Rpd. jun.

Die Entwicklung des Abwässerproblems. Von Prof. Dr. Rohleder-Stuttgart. Die Städtevereinigung; 1912, Nr. 15.

Der Verf. bespricht die verschiedenen Systeme und empfiehlt, die Kläranlagen tunlichst weit von der Stadt weg anzulegen, und sie mit einem dichten Gürtel von Fichten zu umgeben, damit durch den harzigen Duft der Fichten der Geruch der Abwässer einigermaßen paralysiert und zugleich das landschaftliche Bild verschönert wird. Im neuen preußischen Wassergesetzentwurf kann leicht eine Handhabe gefunden werden, um schärfere Maßregeln betreffend Klärung, Reinigung und Geruchlosmachung der städtischen Abwässer einzuführen. Im Interesse der Großstädte liegt es dann ganz besonders, wenn sie selbst Institute besitzen, die sich eingehend mit diesen Fragen beschäftigen, oder wenn wenigstens in einem reichsbiologischen und reichschemisch-technischen Institut in Berlin eine Einrichtung für die Gesamtheit der Städte geschaffen würde, die die in dieser Richtung in wirtschaftlicher, rechtlicher und besonders in technischer Hinsicht bestehenden Schwierigkeiten zu lösen bemüht sein würde. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Ueber Kläranlagen für Wasser. Von Ing. G. Koschmieder-Charlottenburg. Gesundheit; 1912, Nr. 13.

Die Anforderungen, die an Klärbassins zu stellen sind, lassen sich dahin zusammenfassen: 1. langsame Bewegung des Wassers in den Bassins, 2. genügende Größe der Bassins, damit das zu klärende Wasser eine genügend lange Zeit in ihnen verbleibt, 3. Vermeidung von Einzelströmungen in den Bassins, sowie von stagnierenden Wasserteilen, 4. Zurückhaltung der Schwimmstoffe im Bassin, 5. räumliche Sonderung des ausfallenden Schlammes von dem zu klärenden Wasser. Allgemein kann man sagen, daß ein vorhandenes Terrain sich durch rechteckige

Bassins besser ausnützen läßt, als durch Brunnen. Es erscheint nicht unwahrscheinlich, daß sich der Kläreffekt vergrößern und beschleunigen ließe, wenn das Wasser in den Klärbassins zu Strömungsänderungen gezwungen wird. Wenn auch die Wasserklärung im Laufe der Zeit große Fortschritte gemacht hat, so ist doch nicht von der Hand zu weisen, daß sie weiterer Vervollkommnung fähig ist und teilweise auch einer solchen bedarf.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Neue Gesichtspunkte der chemischen Abwässerbehandlung. Von A. Benêke. Hygiene; 1912, Nr. 15.

Auf Grund theoretischer Prinzipien und der bisher gewonnenen praktischen Erfahrung läßt sich schließen, daß der Tropffilter, der in ökonomischer Hinsicht und in bezug auf Leistung so glänzende Resultate erzielt, seine abschließende Form erreicht hat und alle anderen Reiniger verdrängen wird. In einigen Fällen mag sich die Desinfektion roher Abwässer durch Chlor als ein wertvolles Hilfsmittel dort erweisen, wo andere Behandlungsmethoden nicht möglich sind, aber man hört, daß die letzten Anlagen den Erwartungen nicht ganz entsprochen haben; immerhin ist bezüglich dieses interessanten Desinfektionsmittels noch lange nicht das letzte Wort gesprochen.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

4. Bekämpfung der Fliegen usw.

Die Bekämpfung der Fliegen und Stechmücken. Von Ing. G. Koschmieder-Friedenau. Gesundheit; 1912, Nr. 17.

Um Erfolg in dem Kampfe gegen die Fliegen und Mücken zu erzielen, ist es natürlich erforderlich, daß der Kampf von Sachverständigen geleitet und von geschulten Personen nach einem wohlerwogenen Plane geführt wird. Die Mitwirkung der verschiedenen Behörden und Verwaltungen, wie der Polizeibehörden, der Straßenbau-, Forst- und Fischerei-Verwaltungen, der Tiefbauämter, der Feld- und Wiesenhüter kann in diesem Falle nicht entbehrt werden. Zum Gelingen der Bekämpfungsarbeiten trägt aber nicht unwesentlich bei, wenn die Bevölkerung durch die Presse, durch Druchschriften belehrt und aufgeklärt wird, und wenn in den Schulen im naturgeschichtlichen Unterricht das Leben und die Bekämpfung dieser Insekten zur Anschauung und Behandlung kommen,

Dr. Wolf-Witzenhausen.

Besprechungen.

Dr. O. Rapmund, Prof., Reg.- u. Geh. Med.-Rat in Minden i./W.: **Kalender für Medizinalbeamte.** XII. Jahrgang. Berlin 1913. Verlag von Fischers medizinischer Buchhandlung (H. Kornfeld). Ausgabe A (für die preußischen Medizinalbeamten); Preis: 4 Mark; Ausgabe B (für die übrigen Medizinalbeamten); Preis: 3 Mark.

Ebenso wie in den Vorjahren hat auch diesmal der Kalender für Medizinalbeamte erhebliche Verbesserungen und manche Erweiterungen erfahren, um die einzelnen Abschnitte sowohl mit den Fortschritten der Wissenschaft, als mit der im letzten Jahre erfolgten Rechtsprechung und Gesetzgebung in Einklang zu bringen. Völlig umgearbeitet und wesentlich erweitert ist der Abschnitt über Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung; außerdem ist ein kurzer Abschnitt über Angestelltenversicherung beigefügt.

Die Personalien sind nach dem Stande vom 20. November d. J. sorgfältig berichtigt und bei der Ausgabe A wieder in einem besonderen Beiheft beigegeben; damit ist einem vielfach ausgesprochenen Wunsche entsprochen und gleichzeitig erreicht, daß der Kalender trotz vermehrten Umfanges seine handliche Taschenbuchform beibehalten hat, die außerdem durch denFortfall der bisherigen Klappe noch handlicher geworden ist.

Der Kalender hat sich seit seiner ersten Ausgabe immer mehr als unentbehrlich für die amtliche Tätigkeit der Medizinalbeamten erwiesen; seine neue Ausgabe kann nur aufs wärmste empfohlen werden.

Dr. Fielitz-Halle a. S.

Tagesnachrichten.

Aus dem Deutschen Reichstage. Auf die in der Sitzung vom 10. d. M. erfolgte Anfrage des Abg. Schiffer (nat.l), ob noch vor der allgemeinen Reform des Strafrechts gesetzgeberische Maßnahmen beabsichtigt seien, um einen **wirksamen Schutz gegen die wegen Geisteskrankheit außer Verfolgung gebliebenen oder freigesprochenen Verbrecher** zu gewähren, wurde von dem Staatssekretär des Reichsjustizamts, Dr. Lisco, folgende Antwort erteilt: „In dem Vorentwurf zu einem neuen Strafgesetzbuch und ebenso in den Beschlüssen erster Lesung der Strafrechtskommission sind neben den eigentlichen Kriminalstrafen verschiedene sogenannte sichernde Maßnahmen zum Schutze der Gesellschaft gegen verbrecherische Personen vorgesehen. Zu diesen Maßnahmen gehört die Verwahrung verbrecherischer Irrer, die wegen ihres Geisteszustandes freigesprochen oder außer Verfolgung gesetzt sind, in öffentlichen Heil- oder Pflegeanstalten. Die Verwahrung wird von dem Strafrichter angeordnet, wenn die öffentliche Sicherheit die Maßregel erfordert. Bei dem vorgeschlagenen System von sichernden Maßnahmen handelt es sich um eine grundsätzliche und einschneidende Neuerung gegenüber dem geltenden Strafgesetzbuch. Die dabei entstandenen Fragen können nur im Zusammenhang, nicht aber für eine einzelne sichernde Maßnahme gesondert erörtert und entschieden werden. Deshalb ist nicht beabsichtigt, die bestehenden landesrechtlichen Vorschriften wegen Unterbringung gemeingefährlicher geisteskranker Personen noch vor der allgemeinen Revision des Strafrechts durch reichsgesetzliche Maßnahmen zum Zwecke eines wirksameren Schutzes gegen verbrecherische Irren zu ergänzen." Diese Antwort wird alle diejenigen nicht befriedigen, die die Schaffung eines wirksamen Schutzes gegen Geisteskranke für ebenso dringend notwendig und unaufschiebbar halten, wie die Errichtung von Jugendgerichtshöfen, für die dem Reichstag doch jetzt bereits ein Gesetzentwurf vorgelegt ist.

Aus dem Preußischen Landtage. Der Wassergesetzentwurf ist von dem Landtage nach mannigfachen Aenderungen in zweiter und dritter Lesung angenommen, in dritter Lesung (am 6. Dezember) sogar einstimmig.

Durch Königliche Verordnung vom 4. November 1912 sind jetzt die **Reisekosten für die Justizbeamten in Preußen** insofern neu geregelt, als nunmehr die Richter und Staatsanwälte 13 Mark und, wenn die Dienstreise an ein und demselben Tage erledigt ist, 9 Mark Tagegelder erhalten. Da in der Königl. Verordnung vom 14. Juli 1909 betr. Reisekosten der Medizinalbeamten in gerichtlichen Angelegenheiten mit Rücksicht auf die bis dahin den Richtern gewährten Tagegelder für jene nur ein Satz von 9 Mark vorgesehen ist, so steht wohl zu erwarten, daß dieser Tagegeldersatz ebenfalls entsprechend erhöht wird. Dasselbe gilt betreffs der Kilometergelder auf dem Landwege, die durch die vorstehende Verordnung jetzt auch für die Justizbeamten von 50 auf 60 Pfg. erhöht sind, indem für ihre Reisekosten im übrigen das Reisekostengesetz vom 26. Juli 1910 maßgebend ist.

Der **Bericht über das Gesundheitswesen des preußischen Staates für das Jahr 1911** wird diesmal schon Ende dieses Jahres erscheinen, das bedeutet eine Abkürzung der bisher üblichen Frist um mindestens sechs Monate! Dieses überaus schnelle Erscheinen des Berichts wird sicherlich allseitig mit großer Freude begrüßt werden; es ist einmal durch Abkürzung der Frist in der Kreis- und Bezirksinstanz, vor allem aber durch eine beschleunigte Bearbeitung des Materials in der Zentralinstanz erreicht worden. Jedenfalls wird dadurch der Bericht wie das in ihm niedergelegte reiche und für die Beurteilung der öffentlichen Gesundheitspflege so wichtige Material für die beteiligten Kreise außerordentlich an Wert gewinnen und deren Interesse dafür in weit höherem Maße als bisher hervorrufen.

Im Anschluß an die zu Beginn d. J. in **Bayern** ausgeführte Neuregelung des bezirks- und landgerichtsärztlichen Dienstes hat gegen Ende d. J. auch

eine **Neuregelung des Obermedizinalausschusses und der Kreismedizinalausschüsse** durch Königl. Verordnung vom 28. November d. J. (s. Beilage Rechtsprechung usw. zur heutigen Nummer S. 270/272) stattgefunden, die allerdings weniger einschneidend ist, da sie im großen und ganzen nur eine Anpassung an die bisherigen Vorschriften mit den inzwischen in bezug auf Standesvertretungen der Aerzte, Tierärzte und Apotheker eingetretenen Aenderungen darstellt. Neu ist, daß jetzt der rechtskundige Referent für das Gesundheitswesen nicht blos zu jeder Sitzung zugezogen werden muß, sondern ordentliches Mitglied des Obermedizinalausschusses ist; in gewerbehygienischen Fragen ist künftighin der Landesgewerberat als stimmberechtigtes Mitglied zuzuziehen. Die bisherige Mitwirkung des Obermedizinalausschusses bei Besetzung von Stellen im Sanitätsdienste ist fortgefallen, dagegen eine solche beim Kreismedizinalausschuß auffallender Weise beibehalten.

In der am 10. d. M. abgehaltenen Sitzung des Stadtverordneten-Ausschusses zur Vorbereitung der Wahl eines **Stadt-Medizinalrates in Berlin** ist beschlossen, die Stelle öffentlich auszuschreiben. Anmeldungen sind an die Geschäftsstelle der Berliner Stadtverordneten-Versammlung bis zum 4. Januar n. J. zu richten.

Im Großherzogtum **Oldenburg** ist dem Landtage von neuem ein Gesetzentwurf betreffend **ärztliche Ueberwachung der Schulkinder** vorgelegt.

Dem Hygienischen Universitäts-Institut in Berlin ist eine **Abteilung für soziale Hygiene** angegliedert und deren Leitung dem Privatdozenten Dr. A. Grotjahn übertragen.

Der **30. Deutsche Kongreß für innere Medizin** findet vom 15. bis 18. April 1913 in Wiesbaden statt unter dem Präsidium des Geh. Hofrat Prof. Dr. Penzoldt-Erlangen. Das Hauptthema, welches am ersten Sitzungstage: Dienstag, den 15. April 1913 zur Verhandlung kommt, ist: Wesen und Behandlung des Fiebers. Referenten sind die Herren v. Krehl-Heidelberg und Hans H. Meyer-Wien. Zu dem Thema hat auf Wunsch des Ausschusses Prof. Dr. Schittenhelm-Königsberg einen Vortrag „Ueber die Beziehungen zwischen Anaphylaxie und Fieber“ zugesagt.

Vortragsmeldungen nimmt der Vorsitzende des Kongresses, Geh. Hofrat Prof. Dr. Penzoldt-Erlangen, entgegen. Vorträge, deren wesentlicher Inhalt bereits veröffentlicht ist, dürfen nicht zugelassen werden. Nach § 2 der Geschäftsordnung sind die Themata der Vorträge mit kurzer Inhaltsangabe bis 4 Wochen vor Beginn der Tagung einzureichen, d. h. für diese Tagung bis zum 17. März 1913. Später angemeldete Vorträge haben keinen Anspruch auf Berücksichtigung.

Mit dem Kongresse ist eine Ausstellung von Präparaten, Apparaten und Instrumenten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden. Anmeldungen zur Ausstellung sind an den Sekretär des Kongresses, Geh. San.-Rat Dr. Emil Pfeiffer-Wiesbaden, Parkstraße 13, zu richten.

Zur sicheren Beschaffung geeigneter Wohnungen für die Teilnehmer am Kongresse wird ein Wohnungsausschuß gebildet werden.

Die **nächstjährige Versammlung der Schulärzte Deutschlands** findet am Donnerstag, den 15. Mai 1913 in Breslau statt. Zur Behandlung kommt das Thema: „Aufgaben der Schulärzte bei der hygienischen und sexuellen Belehrung in den Schulen.“

Wie der Redaktion mitgeteilt wird, werden die bisherigen beiden Veröffentlichungen des **Instituts für Gewerbehygiene:** „Mitteilungen des Instituts für Gewerbehygiene“ und „Gewerbehygiene und Gewerbekrankheiten, Rundschau des Instituts für Gewerbehygiene“ zu einem **„Zentralblatt für Gewerbehygiene** mit besonderer Berücksichtigung der Unfallverhütungstechnik und Unfallheil-

kunde" vereinigt, das vom 1. Januar 1913 ab als Monatsschrift im Verlag von Julius Springer-Berlin erscheint.

Der Hannoversche Provinzialverein zur Bekämpfung der Tuberkulose hat ein **illustriertes Merkblatt in Plakatform** herausgegeben, das so abgefaßt ist, daß es durch einen entsprechenden Aufdruck Propaganda für die Fürsorgestellen jedes Kreises machen kann. Das Plakat, das sich besonders zum Aufhängen in öffentlichen Lokalen, wie Schulen, Gemeindehäusern, Wirtschaften etc., eignet, kostet pro Stück 30 Pfg. Bestellungen sind an die Geschäftsstelle des Hannoverschen Provinzialvereins zur Bekämpfung der Tuberkulose, Gellertstraße 22, zu richten.

Erkrankungen und Todesfälle an ansteckenden Krankheiten in Preußen. Nach dem Ministerialblatt für Medizinal-Angelegenheiten sind in der Zeit vom 10. bis 23. November 1912 erkrankt (gestorben) an: Rückfallfieber, Pest, Cholera, Gelbfieber, Aussatz, Fleckfieber; — (—); Tollwut. 1 (—), — (—); Pocken: — (—), 1 (—); Milzbrand: 1 (—), 8 (1); Bißverletzungen durch tollwutverdächtige Tiere: — (—), — (—); Unterleibstyphus: 172 (17), 212 (26); Ruhr: 4 (—), 4 (—); Diphtherie: 1542 (120), 1582 (121); Scharlcch: 1310 (72), 1218 (62); Kindbettfieber: 99 (27), 111 (35); übertragbarer Genickstarre: 1 (5), 3 (1); spinaler Kinderlähmung: — (—), 1 (—); Fleischvergiftung 2 (—), 7 (—); Körnerkankheit (erkr.): 259, 163; Tuberkulose (gest.): 670, 645.

Pest. In Aegypten sind in den beiden Wochen vom 9. bis 22. November — (2), 6 (6) Personen an der Pest erkrankt (gestorben), in Britisch Indien vom 20. Oktober bis 2. November: 1628 (1289), 2410 (1889). In Niederländisch Indien sind vom 23. Oktober bis 19. November: 268 Pesttodesfälle zur amtlichen Kenntnis gelangt; auch auf den Philippinen ist die Seuche wieder aufgetreten; die Gesamtzahl der Erkrankungen (Todesfälle) betrug vom 9. bis 22. Oktober 23 (21). In Mauritius sind vom 6. September bis 10. Oktober 111 Erkrankungen mit 69 Todesfällen vorgekommen.

Ckolera. Nach den amtlichen Ausweisen sollen in der Zeit vom 5. bis 25. November 615 Erkrankungen und 292 Todesfälle in Konstantinopel und Umgebung vorgekommen sein; Ziffern, die der Wirklichkeit nicht entsprechen dürften. In Mesopotanien hat die Zahl der Erkrankungen (Todesfälle) in den beiden Wochen vom 9 bis 23. November 89 (82) und 260 (218) betragen. Eine größere Ausbreitung hat die Seuche in Zanzibar gefunden, wo vom 29. Oktober bis 12. November 226 tödlich verlaufene Cholerafälle festgestellt sind.

Sprechsaal.

Zur Anfrage des Kreisarztes **B. in H.** in Nr. 3 und Nr. 23 der Zeitschrift, betreffend Akteneinsicht bei Befundschein und Befundattest geht uns von Kreisarzt Dr. Woltemas in Solingen folgende u. E. zutreffende Ausführung zu:

Für die Frage, ob Akteneinsicht bei Befundschein und Befundattest gebührenpflichtig ist, dürfte auf Ziffer 3 der „Allgemeinen Bestimmungen des Taris für die Gebühren der Kreisärzte" zu verweisen sein. Hiernach sind Verrichtungen, für die der Tarif Gebührensätze nicht auswirft, nach Maßgabe der Sätze, die für ähnliche Leistungen in dem Tarif gewährt werden, zu vergüten. Da für Akteneinsicht bei Befundschein usw. im Tarif keine Gebühr vorgesehen ist, so ist demnach eine solche nach der für eine ähnliche Leistung, Akteneinsicht außerhalb eines Termins, eingestellte Gebühr zu gewähren.

Anfrage des Kreisarztes Dr. W. in W.: Sind amtsärztliche Gesundheitszeugnisse über die körperliche Brauchbarkeit zum Tropendienste steuerpflichtig?

Antwort: Ja.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch. L. Hofbuchdruckerei in Minden.


3 9015 06232 5686



